

Beitrag
zur
Statistik der Hüftgelenkresectionen
unter
antiseptischer Wundbehandlung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades eines

Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten medicinischen Facultät der Kaiserl.
Universität zu Dorpat

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

von

Joseph Grosch,

Curonus.

Ordentliche Opponenten:

Doc. Dr. W. Koch. — Prof. Dr. F. A. Hoffmann. — Prof. Dr. E. von Wahl.

Dorpat.

Druck von H. Laakmann's Buch- und Steindruckerei.

1882.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.
Dorpat, den 18. Januar 1882.

Nr. 16.

Decan: F. Hoffmann.

Dem Herrn Baron

C. v. Mannfeuffel-Katzdangen

derzeitigen Landesbevollmächtigten Kurlands

sowie

dem Herrn Baron

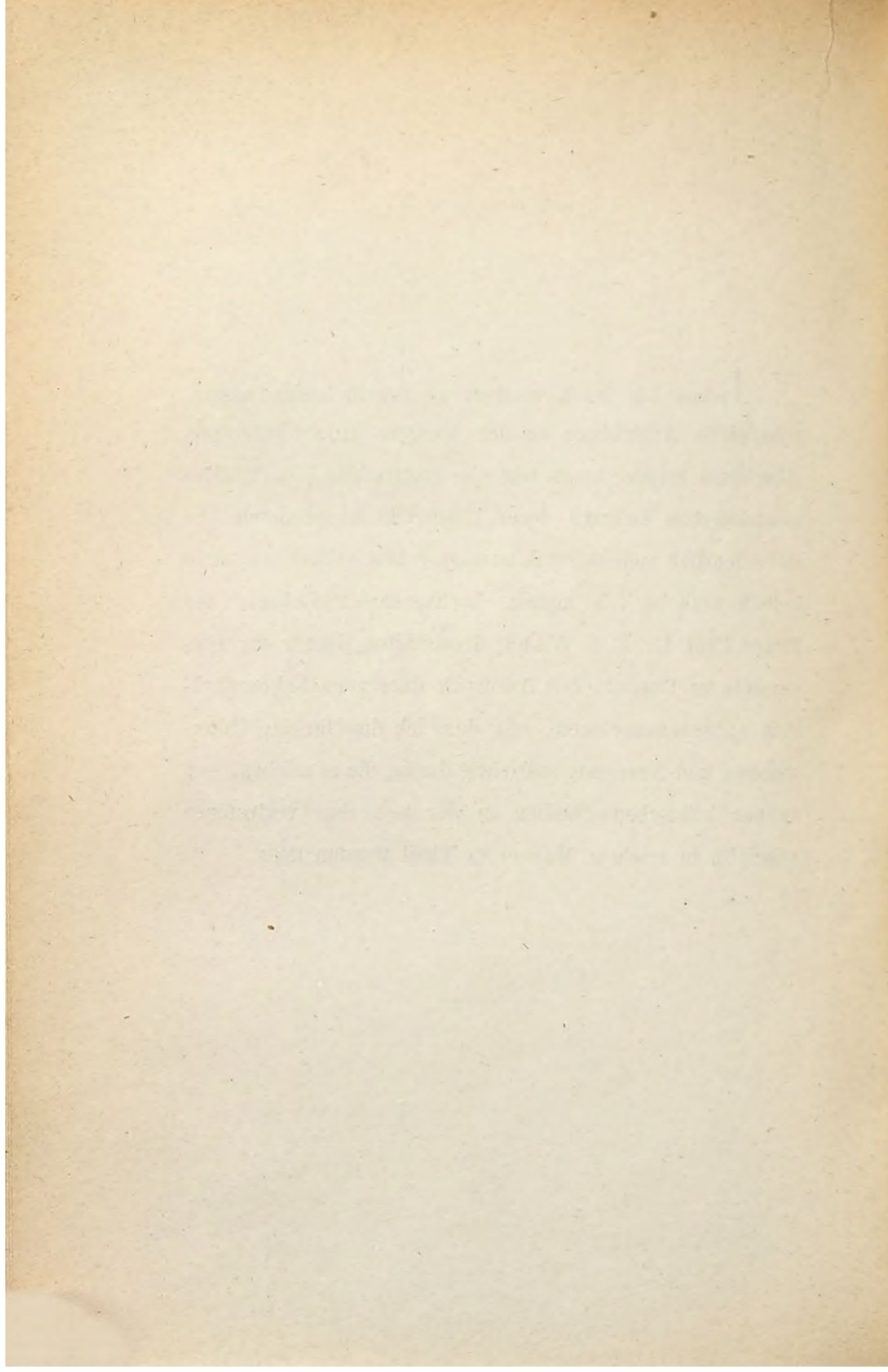
J. v. d. Ropp-Formsafen

in Mitau

in Dankbarkeit und Verehrung

der Verfasser.

Indem ich durch vorliegende Schrift meine wissenschaftliche Ausbildung an der hiesigen Hochschule zum Abschluss bringe, ist es mir eine angenehme Pflicht, allen academischen Lehrern, deren Unterricht ich genossen, hie- mit öffentlich meinen Dank auszusprechen. Ganz besonders jedoch ersuche ich meinen hochverehrten Lehrer, den Herrn Prof. Dr. E. v. Wahl, derzeitigem Rector der Uni- versität zu Dorpat, den Ausdruck dauernder Erkenntlich- keit entgegenzunehmen, mit dem ich ihm für die Unter- weisung und Anregung aufrichtig danke, die er mir während meiner klinischen Studien in der von ihm vertretenen Disciplin in reichem Maasse zu Theil werden liess.



Trotz der Fortschritte, welche die moderne Chirurgie im Laufe der letzten Decennien in der Therapie und pathologisch - anatomischen Erkenntniss der fungösen Gelenkerkrankungen gemacht hat, werden sowol der Praktiker wie der theoretische Forscher das unbequeme Gefühl der Nichtbefriedigung doch immer noch empfinden, so oft sie sich veranlasst sehen, in diesem umfangreichen Kapitel eingehende Umschau zu halten. Eine grosse Reihe hochinteressanter und wichtiger Fragen, die sich an die Pathologie und Therapie dieses so ungemein weit verbreiteten Leidens knüpfen, drängen sich dem Geiste auf, für die das richtige Wort der Erklärung noch nicht gefunden ist. Das dringende Verlangen nach einer richtigen Erkenntniss von dem Wesen dieser geheimnissvollen Erkrankung, nach einer durchgreifenden Verbesserung und einheitlichen Gestaltung des umfangreichen therapeutischen Rüstzeuges, das dringende Bedürfniss nach einem klar vorgezeichneten Heilplan, der ein klares Bewusstsein der erreichbaren Ziele und die richtige Auswahl der zweckentsprechenden Mittel ermöglicht, empfindet vor Allen aber der Neuling in der ärztlichen Kunst, wenn er ohne die Stütze einer reichen praktischen Erfahrung und ohne den geschärften Blick langjähriger Beobachtung, sich genöthigt sieht zu Felde zu ziehen gegen den hart-

näckigen und gefährlichen Feind, der zahlreiche Opfer aus der Schaar der Kinder und Erwachsenen alljährlich mit unerbittlicher Strenge einfordert. Wendet sich nun der junge Arzt in seiner Rathlosigkeit an die erfahreneren Collegen oder greift er zu den verschiedenen chirurgischen Compendien, so wird ihm die Auswahl der dargebotenen Mittel wol oft recht erschwert, denn die Zahl der guten Rathschläge ist fast ebenso gross wie die der Rathgeber.

In den principiellen Fragen der Therapie der fungösen Gelenkerkrankungen scheidet sich die Gesammtheit der modernen Chirurgen in zwei grosse Heerlager: Die Einen, den Grundsatz der conservativen Behandlung hoch haltend, sind bemüht, mit einem grossen Arsenal mehr weniger zweckmässig und sinnreich construirter Apparate unter Zuhilfenahme diätetischer Verordnungen das Uebel zu bannen, die Anderen gehen in dem Bestreben, diesen langwierigen, für den Patienten oft sehr beschwerlichen und dabei doch unsicheren Weg abzukürzen, dem Feinde beherzter auf den Leib und suchen ihn mit schneidender Waffe zu besiegen. Seitdem Fergusson in den vierziger Jahren dieses Jahrhunderts mit der Autorität seines angesehenen Namens eine erfolgreiche Reaction gegen das allzu radicale Vorgehen der alten Schule durchsetzte und an Stelle der Amputation, resp. Exarticulation die Resection in die Reihe der therapeutischen Encheiresen aufnahm und damit die operative Behandlung des fungus articulorum auf eine höhere Stufe des Fortschrittes stellte, hat diese operative Methode sich einen grossem Kreis von Anhängern auch ansserhalb Englands, so namentlich in Deutschland und America zu erwerben gewusst.

Beide Parteien, hoch angesehene Männer zu ihren Vertretern zählend, stehen sich schroff gegenüber, ohne

jedoch nach innen eine vollständige Einigung in den Detailfragen ihrer Doctrinen und der praktischen Ausführung derselben erzielt zu haben, ebenso wenig wie eine dritte Partei, entschieden die am stärksten vertretene, die eine vermittelnde Stellung den beiden erstern gegenüber einnimmt und je nach der Besonderheit des einzelnen Falles die orthopädisch-diätetischen Hilfsmittel, oder wenn diese sich als machtlos erwiesen haben, die Resection des Gelenkes in Anwendung zieht.

Ich will den Leser nicht ermüden mit einer speciellen Darlegung all der verschiedenen von den einzelnen Parteiführern und den bedingten oder bedingungslosen Anhängern verfochtenen Grundsätze; obiges mag genügen, um die augenblicklich herrschende Verwirrung und Meinungsverschiedenheit in der Therapie der fungösen Gelenkerkrankungen einigermaßen zu illustriren. Fast in allen chirurgischen Zeitschriften werden die praktischen und theoretischen Seiten dieses Gegenstandes von den verschiedensten Standpunkten aus einer immer wieder erneuerten Besprechung und Beleuchtung unterzogen, fast auf jedem Chirurgencongress steht als brennende Frage die Gelenktuberculose und deren Behandlung auf der Tagesordnung, ohne dass es nach all den lebhaften und eingehenden Discussionen gelungen wäre, eine Einigung der verschiedenen Parteien zu erzielen.

Diesem sich nun schon durch Decennien fortschleppenden Rangstreite der conservativen und operativen Heilmethoden und der dadurch unterhaltenen Unsicherheit des ärztlichen Handelns kann meiner Ansicht nach nur durch ein gemeinschaftliches und planmässiges Vorgehen ein baldiges Ende gemacht werden; denn so lange der Einzelne im allzugrossen Vertrauen auf seine persönlichen Erfahrungen und Anschauungen unbeirrt den selbstgewählten Weg weiter

verfolgt, dürfte das erstrebte Ziel sicherer Erkenntniss wol noch in eine unbestimmbar ferne Zukunft hinausgerückt bleiben, um welches sich erst nach vielfachen Irrgängen die grosse Schaar der Wanderer, aus den verschiedenen Richtungen herbeiströmend, einheitlichen Sinnes versammelt.

Das erste unerlässliche Erforderniss einer jeden rationellen Therapie ist doch wol unstreitig eine richtige Erkenntniss der Aetiologie und der pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Heilobjectes; in dem Kapitel der chronischen Gelenkerkrankungen ist jedoch nach diesen beiden Seiten hin noch nicht das Erforderliche geleistet und so ist denn der Boden, auf dem wir uns hier bewegen, noch viel zu schwankend, um mit Erfolg den Hebel unseres therapeutischen Handelns ansetzen zu können. Zwar verdanken wir Köster, der als erster die tuberculöse Natur der fungösen Gelenkentzündung anatomisch festgestellt hat und den Arbeiten von Volkmann und König, die in der angedeuteten Richtung weiter geforscht haben, sehr werthvolle Beiträge zur pathologischen Anatomie des in Rede stehenden Leidens, aber einen befriedigend klaren Einblick in das Wesen dieser vielgestaltigen Krankheit, einen wesentlichen Fortschritt in ihrem Verständniss haben wir noch nicht gewonnen. So sind auch neuerdings schon wieder Stimmen laut geworden, welche gegen die Auffassung des *fungus articulorum* als eine ausschliesslich tuberculöse Krankheitsform von specifisch malignem Charakter energisch Protest erheben.

Ich will diese Frage hier nicht weiter verfolgen, da sie nicht in den Rahmen meiner Arbeit hineingehört, ich habe sie auch nur berühren wollen, um darauf hinzuweisen, dass unsere Hauptaufgabe im Interesse einer rationellen Therapie noch lange nicht in befriedigender Weise gelöst

und nach wie vor in einer gründlichen Durchforschung des aetiologischen und pathologisch-anatomischen Gebiets zu erblicken ist. Bevor wir aber auf diesem beschwerlichen und weiten Wege der theoretischen Forschung zur Feststellung rationeller therapeutischer Grundsätze gelangt sind, sehen wir uns vorherrschend auf die Empirie angewiesen und müssen die Richtschnur unseres Handelns aus einer unbefangenen Prüfung der am Krankenbette gemachten Erfahrungen und Beobachtungen zu gewinnen suchen. Es würde sich also von diesem Gesichtspunkte sehr wol empfehlen, die Sammlung eines möglichst umfangreichen casuistischen Materials gut beobachteter und namentlich eine hinreichende Zeit nach der Entlassung controlirter Fälle zu veranstalten, um auf Grundlage desselben die Vorzüge und Mängel der beiden Behandlungsmethoden eingehender prüfen und ihre Indicationen feststellen zu können. Die Erfahrung des Einzelnen, mag sie auch noch so ausgedehnt sein, ist doch wol kaum im Stande, diese schwierigen Fragen zu einer befriedigenden Lösung zu bringen; die Zeit und Kraft des Einzelbeobachters reichen dazu nicht aus, hier muss der Statistik mit der ganzen Summe jahrelanger klinischer Erfahrungen das entscheidende Wort eingeräumt werden. Ich überlasse es einer berufeneren Feder, den Plan in seinen Einzelheiten zu entwerfen, nach welchem eine vergleichende Statistik der operativen und conservirenden Behandlungsmethoden in Angriff genommen werden müsste; ein möglichst grosser Umfang des casuistischen Materials, das nach genau festgestellten Principien für eine derartige Arbeit vorzubereiten wäre, sowie eine möglichst grosse Vielseitigkeit desselben, die es gestattet, die beiden Heilmethoden an wirklich gleichwerthigen Fällen zu prüfen, sind unerlässliche Bedingungen, wenn

wir zu brauchbaren Resultaten gelangen wollen. Bei dem augenblicklichen Stande der Verhältnisse, wo das Baumaterial noch in viel zu roher Form und so weitläufig zerstreut daliegt, ist aber leider die Ausführung eines solchen Werkes mit den grössten Schwierigkeiten verbunden und für den Einzelnen geradezu unmöglich.

Ich unternahm mit Zustimmung meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Professor E. v o n W a h l, den Versuch, das im Laufe der letzten 10—11 Jahre veröffentlichte casuistische Material antiseptisch ausgeführter Hüftgelenkresectionen statistisch zu verarbeiten, um aus dem Vergleiche mit der im Jahre 1870 im XII. Bande des Langenbeck'schen Archivs erschienenen Arbeit von Leisrink: »Zur Statistik der Hüftgelenkresectionen bei Caries und Ankylose« den Nachweis zu liefern, dass die von mancher Seite noch immer angefochtene oder zu wenig gewürdigte moderne Wundbehandlung ihren segensreichen Einfluss auch auf die Erfolge der in Rede stehenden Operation auszuüben nicht verfehlt hat. Das war zunächst meine Hauptaufgabe. Detaillirtere Fragen, wie etwa die Indicationen der Operation, ihre Vorzüge oder Mängel gegenüber der orthopädisch-diätetischen Behandlungsmethode, oder Fragen, die das pathologisch-anatomische Gebiet der Hüftgelenkkrankheiten berühren u. A. m., konnte ich mir von vornherein nicht strikt zur Beantwortung vorlegen, da ich ja nicht wissen konnte, wie weit das disponible Material nach diesen Richtungen hin würde Stich halten. Ich habe im Verlaufe meiner ziemlich ausgedehnten ExcurSIONen durch die zahlreichen deutschen und fremdländischen Journale und Jahresberichte häufig genug erfahren, wie wenig noch der Boden für eine exacte medicinische Statistik vorbereitet ist, wie beschwerlich die Arbeit auf demselben und wie wenig die bescheidene Ausbeute an tauglichem

Stoff dem Aufwande an Zeit und Mühe entspricht. Das Meiste und Beste verdanke ich den Jahresberichten aus deutschen Kliniken und Hospitälern, die trotz mancher Mängel doch immer recht schätzbare Fundgruben für den Statistiker genannt werden können. An der Hand der Cannstatter Jahresberichte, der Schmidtschen Jahrbücher der gesammten Medicin und des umfangreichen Billingschen Index medicus habe ich die Sammlung des casuistischen Materials unternommen und ich glaube, soweit mir eine Controle durch die ebengenannten Wegweiser ermöglicht ist, die ganze Summe der innerhalb der verflossenen 10—11 Jahre veröffentlichten Fälle bis auf einen kleinen Bruchtheil, der mir nicht zugänglich war, erschöpft zu haben. Wenn es mir nicht gelungen ist, das casuistische Material bis zu einem solchen Umfange zu erweitern, wie es als sichere Basis für eine zuverlässige statistische Bearbeitung gefordert werden müsste, so lag die Schuld nicht an mir; auch kann ich versichern, dass ich die nothwendige Auswahl und Sichtung der Krankengeschichten ganz unparteiisch und ohne tendenziösen Absichten von streng objectivem Standpunkte aus vollzogen habe.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, allen den Herrn meinen Dank auszusprechen für die hilfreiche Unterstützung, die sie mir bei meiner Sammelarbeit zu Theil werden liessen: in erster Reihe meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. von Wahl, der mir in liberalster Weise die Benutzung seiner umfangreichen Privatbibliothek gestattete und durch manchen guten Rathschlag meine Arbeit gefördert hat. Gleichzeitig fühle ich mich verpflichtet, dem Herrn Prof. Manassêin in St. Petersburg hiemit öffentlich meinen Dank auszusprechen für die ungemein lebenswürdige Art, in welcher er mir die freieste Benutzung der reich ausgestatteten Bib-

liothek der medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg durch private Vermittelung ermöglichte; ebenso dem Herrn Dr. Rauchfuss, Director des Prinz-Oldenburger Kinderhospitals in Petersburg und dem Herrn Dr. Schmitz für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit welcher sie mir die Benutzung des Krankenmaterials der Anstalt gestatteten.

Bevor ich mich zur Besprechung und Analyse des in Nachstehendem vorgeführten Materials wende, halte ich es für geboten, in kurzen Zügen den Plan zu skizziren, nach welchem ich dasselbe angeordnet und verarbeitet habe. Abweichend von dem von meinem Vorgänger Leisrink und andern statistischen Bearbeitern befolgten Modus, nach welchem das casuistische Material entweder in der chronologischen Reihenfolge des Operationsdatums oder in Gruppen nach den bezüglichen Berichterstattem eingetheilt ist, habe ich im Interesse einer bequemer Uebersicht meine 166 Fälle je nach den Ausgängen in 3 grössere Tabellen untergebracht; die erste enthält alle Geheilten, die zweite die Verstorbenen und in die dritte sind alle diejenigen eingereiht, deren endgültiger Ausgang zur Zeit ihrer Veröffentlichung nicht angegeben werden konnte. Hierbei muss ich ausdrücklich bemerken, dass ich unter der Bezeichnung geheilt nur solche Fälle notirt habe, die bei befriedigenden allgemeinem Gesundheitszustande mit einem brauchbaren Beine aus der Anstalt entlassen wurden, nachdem die Resectionswunde und etwaige Fistelgänge völlig ausgeheilt waren. In der mir vorliegenden statistischen Arbeit von Sack über die Erfolge der Kniegelenkresectionen bei antiseptischer Wundbehandlung ist der Fehler begangen worden, dass einige noch mit Fisteln behaftete Patienten bei sonst recht befriedigendem Erfolge der Behandlung in die Classe der „Geheilten“ gesetzt sind. Wer die im Ganzen doch recht unsichere Prognose

selbst der günstigsten Resectionen wegen der leichten Recidivfähigkeit der chronischen, fungösen Gelenkleiden kennt, wird ohnehin mit der Diagnose „geheilt“ sich zurückhaltend zeigen und ganz besonders in den Fällen, wo noch Fistelgänge, selbst wenn das Quantum sacernirter Flüssigkeit sich nur auf wenige Tropfen täglich beschränkt, als beredte Zeugen eindringlich genug darauf hinweisen, dass sich in loco nicht alles in bester Verfassung befindet. Die Erfahrung eines jeden Praktikers wird dieses bestätigen und auch meine Sammlung giebt dafür Belege, wie wenig diesen Fisteln, selbst in ihrer scheinbar harmlosesten Form zu trauen ist: im besten Wohlsein verlässt der Patient mit einem Stock, mit einem Taylorschen Apparat, vielleicht auch ganz ohne jede Stütze, die Anstalt, durchdrungen von der Freude über den Wiederbesitz eines brauchbaren Beines, die er sich durch jene ganz unscheinbare Fistel durchaus nicht trüben lässt. Aber diese Fistel kann über kurz oder lang zur Quelle neuer Leiden werden, die ihn wiederum dem Arzte zuführt, und der Kranke kann von Glück sprechen, wenn er nach Auskratzung des mit schlechten Granulationen ausgefüllten Eiterganges und nach Entfernung necrotischer Knochenstücke mit einem mehrwöchentlichen Krankenlager davonkommt. Nicht selten haben sich jedoch neue Eitersenkungen etablirt, die Keime der schleichenden Entzündung waren nicht völlig erstickt und begannen mit gesteigerter Kraft wieder zu wuchern, um aufs Neue jene Scenen erschöpfender und qualvoller Leiden heraufzubeschwören.

Ein solcher leicht zu vermeidender Fehler rächt sich natürlich dadurch, dass der Werth der statistischen Arbeit eine Einbusse erleidet. Ich bin mir zwar dessen bewusst, dass auch schon verheilte Fisteln und Resectionswunden

nicht immer eine sichere Garantie für die definitive Heilung des localen Krankheitsprocesses bieten, da mitunter selbst nach längerer Zeit aus der Narbe fungöse Granulationen hervorspriessen, die geschlossenen Fisteln sich wieder öffnen oder neue sich in der Nachbarschaft des afficirten Gelenkes bilden können und das erhoffte Heilresultat vereiteln und dass ferner auch ohne diese localen Manifestationen des fortbestehenden Leidens der Patient einer inneren Organerkrankung, der Tuberculose oder dem Amyloid zum Opfer fallen kann. Man könnte mir also mit Recht den Einwand machen, dass die von mir gewonnenen Heilungsziffern doch nicht ganz zuverlässig wären. Als solche will ich sie aus den angeführten Gründen auch gar nicht angesehen wissen und werde ich auch bei den späteren Ausführungen auf diese, der Mangelhaftigkeit des disponiblen statistischen Materials zur Last zu legenden Schwäche meiner Arbeit Rücksicht zu nehmen haben.

Um den Werth und die Leistungsfähigkeit der Hüftgelenkresection in das richtige Licht zu stellen, schien es mir von der grössten Bedeutung, den status praesens des Patienten zur Zeit der Operation in möglichster Genauigkeit zu vermerken; es unterliegt keinem Zweifel, dass der Wundverlauf, sowie überhaupt die Prognose des einzelnen Falles in der durchgreifendsten Weise beeinflusst werden von der Intensität der Erkrankungen, sowie von dem Vorhandensein localer und innerer Complicationen. Ein Patient, der nach jahrelangem Siechthum mit tuberculöser oder amyloider Degeneration der inneren Organe und erschöpft durch profuse Eiterung aus umfangreichen Abscessen sich endlich zur Resection entschliesst, ist natürlich ein sehr undankbares Object für die operative Therapie, da er den Keim des Todes bereits in sich trägt; es wird die Prognose eine sehr viel

schlechtere sein, als bei einem frischen Falle, wo der Organismus noch über eine hinreichende Summe von Widerstandskräften verfügt und wo namentlich jene deletären Processe an den inneren Organen noch nicht ihr Zerstörungswerk an dem Lebensmark des Patienten begonnen haben. Ich habe mich demnach bemüht, soweit es die oft spärlichen Angaben der Quellen erlaubten, nach dieser Richtung einige Anhaltspunkte zu geben, und habe dem status praesens, entsprechend seiner prognostischen Wichtigkeit, einen Platz in einer besonderen Columnne angewiesen. Bei einzelnen Fällen muss ich freilich auf den anatomischen Befund bei der Operation verweisen, der in der nächstfolgenden Columnne untergebracht ist und der es unter Berücksichtigung einiger anderer Momente zuweilen ermöglicht, den betreffenden Fall auf seine Qualität zu prüfen. Um die prognostische Verschiedenheit der zur Operation gelangten Fälle und die dadurch bedingte Verschiedenheit des Operationsresultates deutlicher hervortreten zu lassen, habe ich das in den Tabellen der Geheilten und Verstorbenen untergebrachte Material je nach den Stadien der Erkrankung in gesonderte Gruppen eingetheilt; die erste enthält Fälle vom ersten Beginn der Erkrankung bis zur mässigen Eiterung im Gelenk und Durchbruch desselben in die umliegenden Theile; sie entspricht einigermaßen dem ersten Stadium der Coxitis. Die zweite Gruppe enthält die mehr vorgeschrittenen Fälle, in welchen es bereits zu stärkerer Abscedirung und Fistelbildung gekommen ist; die prognostisch schlechtesten Fälle mit hochgradigem Kräfteverlust, profuser Eiterung und tiefgreifender localer Zerstörung, grösstentheils also Todescandidaten, finden sich in der dritten Gruppe.

Verzeichniss der Quellen mit den dazugehörigen Nummern der Tabellen.

Deutsche Autoren.

- Angerer, Juliushospital zu Würzburg 1875—1876. Nr. 20, 84, 85, 105, 106, 133, 163.
- Aschenborn, Archiv für klin. Chir. Bd. XXV. Nr. 14, 15, 16, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 88, 99, 120, 132, 150, 152, 157, 159, 161.
- Archiv für klin. Chir. Bd. XX, p. 295. Nr. 93.
- Bidder, Centralblatt für Chir. 1879. Nr. 1, 2.
- Bardenheuer, Cölner Bürgerhospital 1875. Nr. 110, 111, 63, 64, 81, 116, 117, 147, 160.
- Bericht über Bethanien, Archiv für klin. Chir. Bd. XXVI, Nr. 65, 101, 102, 103, 104, 148, 165, 166.
- Czerny, Beiträge zur operat. Chir. Nr. 59, 96, 123, 124, 125, 126.
- Charité-Annalen 1879. Nr. 17, 67, 79, 108.
- Centralblatt für Chir. 1881. Nr. 32.
- Driessen, Inaug. Dissertation. Nr. 26, 28, 66, 149.
- Esmarch, Archiv für klin. Chir. Bd. XXI. Nr. 56, 75, 89, 91, 118.
- Geissel, Deutsche Zeitschrift für Chir. Nr. 127.
- Gutbier, Inaug.-Dissertation. Nr. 136.
- Haberern, Centralblatt für Chir. 1881. Nr. 37, 68, 100.
- König, Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. XV. Nr. 21, 22, 77, 107, 158.
- Körte, Bericht über Bethanien. Nr. 39, 40, 41, 122, 153, 154, 162.
- Krabbel, Cölner Bürgerhospital 1876. Nr. 146.
- Langenbeck, Archiv für klin. Chir. Bd. XXI. Nr. 73, 86, 87, 151.

Lücke, Dissertation von Kummer. Nr. 23, 24, 80, 121, 134, 164.

Leisrink, Archiv für klin. Chir. Bd. XXVI. Nr. 82, 137.

Neudörfer, chir. Klinik für Militärärzte 1879. Nr. 19, 78.

Nussbaum, Deutsche Zeitschrift für Chir. Nr. 95.

Pravitz, Inaugural-Dissertation. Nr. 25.

Schede, Deutsche Zeitschrift für Chir. Nr. 57, 58, 69, 70, 71.

Saxtorph, Centralblatt für Chir. Nr. 3, 72, 119.

Schmitz, laut Krankenbögen des Prinz-Oldenburger Kinderhosp. zu St. Petersburg. Nr. 92, 129, 141, 155.

Sonnenburg, Archiv für klin. Chir. 1881. Nr. 18, 35, 36, 138, 139, 140.

Thiersch, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, Heft 84, 85 Nr. 94, 93.

Volkmann, Beiträge zur Chir. 1873. Nr. 60, 61, 62, 90, 112, 113, 114, 115. — Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft für Chir. Bd V. Nr. 128.

Wiener med. Presse, Jahrgang XV. Nr. 35, 36. Lindpaintner. Nr 109.

Englische Autoren.

Annandale, Edinb. med. Journ. 1876. Nr. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 52, 53, 54.

Bennet, Dublin Journ. of. med. science 1878. Nr. 98.

Bryant, Thomas, Lancet 1872. Nr. 55.

Croft, Transact. of the clin. society 1879. Nr. 27, 29, 30, 31.

Gay, Lancet 1872. Nr. 97, 143, 144, 145.

Glasgow med. Journ. 1880. Nr. 38.

Hulke, Lancet 1875. Nr. 130, 156.

Mac Cormac, med. Times and Gaz. 1875. Nr. 76, 131, 142.

I. Tabelle:

Erstes Stadium

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
1	3 1/2 a. m. l.	fung. coxit. seit 7 Mona- ten.	Hautdecken intact, keine Schwellung und Fistelbildung.	Op. nach 1875 n. Langenbeck ausgeführt. Kopf decapitirt; im Gel. 1 gramm serös-eiterige Flüssigkeit, Pfanne entknor- pelt.
2	5 1/2 a. w. r.	fung. coxit. seit 8 Mona- ten.	Haut intact, keine Schwellung und Fistel.	d. Op. nach 1875 nach Langen- beck ausgeführt. Absetzung durch d. gr. troch. Im Gelenk nur wenig serös-eitrige Flüs- sigkeit, Pfanne entknorpelt.
3	17 1/2 a. w.	caries sicca.		Resect. unter kl. troch.
4	7 a. w.	coxitis seit ca. 5 Monaten.	Symptome von Gelenkeiterung.	1872. Kopf erkrankt, von Knorpel entblösst, Pfanne nur an einer Stelle erkrankt. De- capitation.
5	6 a	coxitis seit 6 Monaten.	Symptome von Eiterung und tiefer Fluctuation über dem Gelenk.	15. Jan. 74. Der erkrankte Kopf wird entfernt, ein Stück vom lobrum acetabuli aus- gemeisselt.
6	5 a.	coxitis seit mehre- ren Monaten.	Symptome von Eiterung und tiefer Fluctuation über dem Gelenk.	30. März 73. Der Knorpel an mehr. Stellen zerstört, Kopf in Folge von ostitis erweicht. Acetabulum ist intact.
7	6 a. w.	coxitis seit 2 Jahren.		10. Juli 72. Eiterung im Ge- lenk; der grösste Theil des Femurkopfes entblösst, d. Hals cariös, acetabul. fast gar nicht krank. Resect. durch troch.

die Geheilten.

der Erkrankung.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Der sonst günstige Heilungs- process nur vorübergehend durch einen Zufall gestört.	Patient geht bei freier Beweglichkeit des Beines ohne Krücken.	2 M.		Bidder.
Wunde heilt per prim. int. in 10 Tagen.	Ausgiebige Beweglichkeit nach allen Seiten, geht ganz frei, ohne Unterstützung.	5 W.		Bidder.
Rasche Heilung, unter- brochen durch Phlegmone am Oberschenkel. Geringe Verkürzung.	Bein in guter Stellung, Beweglichkeit gering.	4 M.		Saxtorph.
Heilungsverlauf ein aus- gezeichneter.	Jan. 73 entlassen mit einem sehr brauchbaren Bein.	?		Annandale.
	31. März 74 entlassen mit einem brauchbaren Bein; freie Beweglichkeit im Ge- lenk.	2 M. 2 W.		Annandale.
Guter Heilungsprocess.	Patient verlässt das Hospi- tal mit einem brauchbaren Bein; freie Beweglichkeit im Gelenk.	ca. 4 M.		Annandale.
Patient macht vorzügliche Heilungsfortschritte.	15. Jan. 73 entlassen.	6 M.	1 Jahr n. d. Op.: Verkür- zung $1\frac{1}{2}$ ''; Bein sehr kräftig, nach allen Rich- tungen be- weglich. Pat. läuft umher ohne jede Hilfe.	Annandale.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben
8	6 a. m.	coxitis seit 1 Jahre	Fluctuation über dem Gelenk.	31. Jan. 72. Kopf erkrankt, Pfanne weniger. Decapitation.
9	5 a.	acute coxitis seit 6 Wochen	Anzeichen von Eiterung im Gelenk vorhanden.	29. Juni 75. Resect. unter troch *). Eiter im Gelenk, caries am Schenkelhalse.
10	16 a.	acute coxitis seit 3 Wochen.		29. Aug. 74. Knorpelüberzug des Kopfes und der Pfanne theilweise zerstört, Eiterung im Gelenk.
11	19 a. m.	coxitis seit 6 Monaten.	Ueber dem Gelenk tiefe Fluctuation.	19. April 72. Kopf cariös, Knorpel zum grössten Theil zerstört, das acetabulum fast ganz gesund. Decapitation.
12	17 a. m.	coxitis seit 6 Monaten.		12. Nov. 72. Eiter in der Ge- lenkhöhle, Knorpel vom Kopf abgehoben, Pfanne an der An- heftungsstelle des lig. teres erkrankt. Resection unter troch.
13	20 a. m.	coxitis seit ca. 1 Jahre	Zeichen von Suppuration und tiefe Fluctuation über dem Gelenk.	18. März 73. Kopf mit einem kleinen Stück des lobrum ace- tabuli wird entfernt. D. ganze Knorpelüberzug des Kopfes zerstört, d. Knochen entblösst, cariös.
14	9 1/2 a. w. l.	coxitis.		20. Nov. 77. Kopf, Hals und troch. waren cariös und wur- den nebst einem Stück der Diaphyse entfernt. Pfannen- rand cariös.

*) Unter troch. ist stets der trochanter major zu verstehen.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Vorzüglicher Heilungs- fortgang.	20. Juni 72. Pat. verlässt das Hospital mit einem aus- gezeichnet beweglichen Ge- lenk, Verkürzung ca. 2", Pat. kann auf dem operir- ten Beine ohne Hilfe stehen.	3 M. 3 W.		Annandale.
Vorzügliche Heilung.	Frei bewegliches u. brauch- bares Glied.	?		Annandale.
Guter Heilungsprocess.	Wird entlassen mit brauch- barem und beweglichem Bein.	3 1/2 M	1 Jahr n. d. Op.: Verkür- zung ca. 2", d. Bein stark und sehr gut beweglich.	Annandale.
Der Heilungsprocess lang- sam, aber erfolgreich.	Ende 1872 konnte Patient mit Krücken gehen, nach weiteren 6 Monaten geht er mit einem Stock. Ver- kürzung 3"; das Bein in guter Stellung, aber die Beweglichkeit behindert.	?		Annandale.
Guter Heilungsprocess.	Patient geht auf Krücken, mit einem brauchbaren und beweglichen Gliede. Wunde völlig geheilt.	5 M.		Annandale.
Guter Heilungsverlauf.	29. Juni 73. Patient wird entlassen; Wunde geheilt, brauchbares Bein, freie Beweglichkeit.	3 M. 2 W.	2 Jahre n. d. Op.: Verkür- zung 2 1/2"; Bein vorzüg- lich stark u. beweglich. Patient kann mehrere engl. Meilen ohne Ermüdung gehen.	Annandale.
Verläuft fast ganz fieber- los, die Heilung erfolgt sehr schnell ohne jede Störung.	27 Febr. 78. Das Bein ist 4 Cm. verkürzt, das Gelenk gut beweglich.	3 M.		Aschenborn.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
15	7 1/2 a. w. l.	coxitis.	Spontane Luxation.	17. Septbr. 77. Kopf ist zer- stört; wird nebst Hals und Spitze des troch. entfernt. Pfannenwanderung, hinterer Umfang der Pfanne cariös.
16	5 a. w. l.	coxitis, 6 Wochen mit Gyps- verband be- handelt.	Spontane Luxation.	28. Mai 77. Hinterer Pfannen- rand cariös, nur im Gelenk selbst Eiter. Resection unter troch.
17	15 a. l.	caries coxae seit 5 Wo- chen		9. Decbr. 78. Resect. durch den troch. Pfanne zum Theil mit fungösen Massen durch- setzt, zum Theil cariös.
18	7 a. m.	coxitis seit 6 Monaten.	Aus gesunder Familie, bis dahin stets gesund; gesundes, blühendes Individuum.	Anfang 81. Resection. Kap- sel erkrankt, Zerstörung sonst gering. Kein Herd im Kno- chen nachweisbar.

Z w e i t e s S t a d i u m

19	junger Mann l.	coxitis seit 4 Jahren	Gute Hautfarbe, kein inneres Leiden nachweisbar. Vorn am Gelenk seit 2 Jahren eine Fistel, eine zweite in der Ge- gend d. aufsteigenden Scham- beinastes.	18. Novbr. 76 Die Resection ungemein erschwert durch starke Knochenwucherung.
20	11 a. m.	coxitis seit 1 Jahr.	Schwächlicher, anämischer Knabe, Abscess, 3 Fisteln.	7. März 75. Reichliche Eiter- massen entleeren sich, Kopf cariös und abgeschliffen, in d. Pfanne Granulationen.
21	16 a. m. l.	coxitis seit 4 Jahren.	Fehlerhafte Stellung, begin- nende Abscessbildung.	1. Juni 77. Kopf und tro- chanter werden entfernt. Kopf von Knorpel entblösst, Pfanne an einer Stelle perforirt, an einer anderen Knochenherd.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Fieber nur in den ersten Tagen. Die Wunde heilt sehr gut. 4. Octbr. werden die Drains entfernt, worauf sich die Heilung rasch vollzieht.	17. Decbr. 77 Pat. wird entlassen.	3 M.		Aschenborn.
Anfangs Fieber, bald jedoch ganz fieberloser Verlauf, die Wunde heilt sehr rasch; Anf. August Weg- ätzung schlaffer Granulationen, darauf schnelle Heilung. Patient steht am 15. Septbr. auf.	13 Octbr. 77 entlassen.	4 1/2 M.		Aschenborn.
Verlauf Anfangs nicht ganz fieberlos, die Wunde blieb aber aseptisch.	5. April 79 mit Taylor entlassen. Pat. legt gleich am ersten Tage einen Weg von 1 Stunde zurück.	4 M.		Charité-An- nalen, 1879.
	Ende März 81 geheilt.	2 M.		Sonnenburg.

der Erkrankungen.

Unvollständige antiseptische Behandlung, d. Wunde heilt ohne Fieber mit geringer Eiterung. Am 3. März 77 Reexcision. Erysipel.	Resectionswunde vollständig geheilt, Bein ein wenig verkürzt, was zum Theil auf eine geringe Contractur im Kniegelenk bezogen werden muss.	?		Neudörfer.
Fieber u. Eiterung gering, Appetit gut, es treten noch weitere Abscesse auf.	20. Aug. 76. Geht mit Hilfe eines Stockes gut u. sicher, Extremit. in fast grade gestreckter Stell., ankylosirt.	1 J. 5 M.		Angerer.
Anfangs keine Eiterung, später perforirt ein Beckenabscess auf dem Wege der incisura ischiadica.	Im Sommer 79 völlig geheilt, geht den ganzen Tag ohne Apparat, ausgiebige Bewegung. nach allen Richtungen activ möglich.	2 J.	Heilung Septbr. 80, constant.	König.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
22	7 a. m. r.	coxitis seit 1 Jahr.	Fehlerhafte Stellung, Abscess unter Poup.-Band.	22. Juni 77. Resection unter troch. Kopf zum Theil mit der Pfanne fest verwachsen, zum Theil noch von intactem Knorpel überzogen, Knochen- herd im Kopf.
23	6 a. m. r.	coxitis.	Sehr anämischer Knabe, schlechter Appetit, abendliches Fieber, vorn am trochanter eine kleine Fistel, vorn ein Abscess.	1. Aug. 78. Eiterung im Ge- lenk mit Perforation der Kap- sel; letztere nicht stark dege- nerirt, Kopf und Hals krank, ebenso Pfanne, aber keine Perforation.
24	10 a. m. l.	coxitis seit über 1 Jahr. 10 Monate Extension. War stets gesund, ebenso Fa- milie.	Ziemlich befriedigendes Allge- mein-Befinden, in der Inguinal- gegend ziemlich deutliche Fluctuation, troch. 1 Cm. über Nélaton, Verkürzung 1 Cm.	10. May 78. Grosse Mengen mit käsigen Flocken vermisch- ten Eiters, der bis in die fossa iliaca vorgedrungen. Kopf cari- ös, Pfanne stellenweise rauh und von Knorpel entblösst, Kapsel von speckigen Massen infiltrirt.
25	19 a. m. l.	coxitis seit ca. $\frac{3}{4}$ Jahr.	Grosse, zum Theil vernarbte Decubitusstellen am Kreuzbein u. troch. Schulterblättern u. einzelnen Dornfortsätzen. Troch. 5 Cm. über Nélaton. Es ist eine bedeutende Menge Eiter entleert worden.	1877. Aus der verdickten Kap- sel entleert sich eine ziemlich bedeutende Quantität einer gelben, trüben, serösen Flüssig- keit. Kopf stark reducirt, Kapsel verdickt u. erweitert.
26	4 a. m. l.	coxitis in Folge v. in- fectios. acut. Osteomyeli- tis. Pat. seit 9 Wochen krank.	Wegen des schlechten Allgem. Befindens wurde vor d. Hand von d. Resectn. Abstand ge- nommen. Spaltung eines sehr grossen Abscesses.	Febr. 80. Kopf abgelöst, aus- gedehnter Knorpeldefect an Pfanne u. Kopf, geringe Menge dicken Eiters. Resection unter troch. im Bereiche necrosiren- den Knochens.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Aseptischer Verlauf, doch langsame Heilung.	Juli 78 ganz geheilt, Ver- kürzung 4 Cm., alle Bewe- gungen frei, active Flexion bis zum rechten Winkel.	13 M.	Novbr. 80, 7 Cm. Ver- kürzung; Be- wegung. viel beschränkter, aber activ n. allen Richt- ungen mögl. Leichte Flex. Contr. Bein weniger gut genährt.	König.
Gute Wundheilung, allgem. Befinden bessert sich. 4. Septbr. Abscess an der inneren und äusseren Schenkelfläche geöffnet: mässige Menge dicken, ge- ruchlosen Eiters.	28. Sept. 78. Alle Wunden sind völlig ausgeheilt, Pat. geht mit Krücken herum, beim Gehen kein Schmerz im Hüftgelenk.	2 M.	14. Nov. 78. Entlassen ohne Apparat u. erhöhten Schuh, Verk. kaum 1 Cm. Geht u. steht ohne Schmer- zen, alle Be- wegungen in ausgiebiger Weise mögl. Gesundes, kräftig. Aus- sehen.	Lücke.
Etwas Fieber, Allgemein- Befinden gut, Wundverlauf gut.	14. Juli 78. Fast gar keine Verkürzung, Pat. geht und steht ohne Schmerzen auf der operirten Seite, passive Bewegungen in ausgiebiger Weise möglich. Die Wunde bis auf eine kleine, granu- lirende Fläche vernarbt. Patient wird ohne Apparat als geheilt entlassen.	2 M.		Lücke.
Temp. nur in den ersten 4 Tagen nach der Operation etwas erhöht, späterhin ganz normal. Wundverlauf ungestört. 20. Januar 78 macht Pat. den ersten Gehversuch.	11. April 78. Verkürzung 6 Ccm., Bewegung im Hüft- gelenk etwas beschränkt. Pat. geht mit Stock ohne alle Beschwerden.	?		Pravitz.
Wundverlauf günstig, Patient wird entlassen.	Anfang Septbr. 80 stellt Pat. sich vor. Resection. Wunde vollständig ver- narbt, Verkürzung $\frac{3}{4}$ ". Flex bis rechten Winkel, Abduct. u. Add. sehr aus- giebig. Gelenk noch nicht fest: d. Extrem. lässt sich $\frac{1}{2}$ " herunterziehen. Doch geht Pat. völlig gut ohne Stock mit etwas erh. Sohle.	7 M.	In der Zwi- schenzeit waren 3 Se- quester v. os femoris aus- gestossen. Pat. wird zur Necrotomie bestellt.	Driessen.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
27	4 a. w. r. u. l.	coxitis dup- lex seit 11 Mon.; 5 Mn. mit Schie- nen behan- delt.	Abscess in der Gegend des trochanter.	17. Mai 79. Resect. des einen Beines: Epiphyse ist gelöst, Knorpel erweicht. 7. Juni 79. Resect. des ande- ren Beines: Epiphyse gelöst, Knorpelentblössung, Abscess und Sequester im collum.
28	15 a. w. l.	coxitis in Folge v. in- fectiös. acut. Osteo mye- litis.	Fehlerhafte Stellung so be- trächtlich, dass Pat. nur in der allerunbeholfensten Weise ge- hen kann. Bewegungen nur spurenweise. An der vorderen äusseren Schenkelseite eine Fistelöffnung. Acutes Stadium der Gelk.-Entzündung vorüber.	19. Juni 78. Kopf und Pfanne verwachsen. Resect. im troch.; die Adhäsionen zwischen Kopf u. Pfanne mit Schere u. Ras- pator. getrennt.
29	9 a. m. l.	coxitis.	Zartes Kind mit grossem Abscess.	6. März 78. Resection
30	6 a. m. r.	coxitis seit 2 Jahren.	Albuminurie, 2 grosse Abs- cesse, Luxation.	6. März 78. Hals verdünnt, Granulationen an Kopf und Pfanne.
31	9 a. m. l.	acute coxi- tis seit 3 Wochen.	Luxation, Fluctuation.	20. März 79. Epiphysenlösung gefunden.
32	10 a. m. r.	coxitis.	Abscess unter tensor fasciae latae, stark jauchende Fistel am troch., Iliacalabscess.	Operat. vor 1873. Pfanne zeigt beginnende eitrige Zerstörung der Knorpelfugen u. Fingerna- gelgrosses necrot. Stück, nach dessen Aushebung entleert sich eine beträchtl. Menge dicken, gelbl. Eiters aus dem Becken.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
	Pat. geheilt; beide Beine ausgezeichnet beweglich.	6 M.		Croft.
Heilung der Wunde per prim.	Pat. geht ohne Apparat mit Hilfe ein. Stockes sehr gut. 1 Jahr n. d. Op.: Pat. geht ohne Sohle u. ohne jede Unterstützung den ganzen Tag ohne zu ermüden, Wunde völlig vernarbt, Stellung des Beines vorzüglich. Verkürz. durch Abduct. compensirt. Flex. bis rechten Winkel, Add. Rotat. beschränkt, Abduct. um weitere 10° möglich.	2 M.		Driessen.
	Ausgezeichnete Beweglichkeit nach allen Richtungen, kann fest auf d. Bein stehen, aber nicht hüpfen; das Bein gut entwickelt, Verkürzung 3".	?	1 Jahr u. 9 M nach d. Op.: Pat. befindet sich ausgezeichnet wohl.	Croft.
Die Vergrößerung d. Leber und Albuminurie gehen zurück.	1. Nov. 78 als ganz gesund entlassen. 1 Jahr. 9 M. nach d. Entlassung: bewegliches Gelenk, Flex. und Extens. ausführbar. Bein gut entwickelt, steht auf dem Bein, aber nicht sicher. Verkürzung 3 1/2".	8 M.		Croft.
	2 Mon. 5 Tage n. d. Oper entlassen. 9 Mon. nach d. Entlassung, bewegliches Gelenk, sehr schöne Flex., Extens., Adduct. Kann auf d. Beine stehen u. hüpfen; geht gut, Verkürz. 1 1/2".	?		Croft.
Nach der Oper. unmittelbarer Fieberabfall.	Activ vortrefflich bewegliches Gelenk, Verkürzung 1/2", geht ohne Stock; geheilt.	4 M.		Centralbltt. f. Chir. 81.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
33	16 a. m. r. u. l.	purulente coxitis dup- lex in Folge von Osteo- myelitis.		13. Febr. 78. Resect. d. einen Gelenks mitten durch troch. 3. April 78. Resection unter troch. im rechten Gelenk.
34	5 a. m. r.	coxitis.	Spontane Luxation, mehrfache Fistelbildung.	25. Juli 78.
35	6 a. w.	coxitis.	Aus gesunder Familie. Abscedirung.	1880 Resection. Gelenk stark zerstört, mit Eiter gefüllt, Kopf entblösst, kein Knochen- herd.
36	Er- wach- sener m. r.	coxitis seit 6 Monaten.	Aus gesunder Familie, fehler- hafte Stellung, Abscessbildung.	1879 Resection.
37	2 ³ / ₄ a. r.	coxitis seit 1 Jahr.	Hühnereigrosser Abscess in der fossa iliaca, zusammen- hängend mit fluctuirender Stelle unter lig. Poupart.	12. Febr. 79. An d. hinteren Seite des Schenkelhalses eine cariöse Höhle, Kopf mit per- forirtem Knorpel überzogen, Pfanne überall mit Knorpel- belag. Kapsel von Eiter durch- brochen, der in's Becken steigt. Resect. unter troch.
38	4 a. r.	coxitis.	2 Monate vor der Operation musste ein Abscess geöffnet werden; Schwellung und Rö- thung der rechten Hüfte vorn und aussen.	9. März 80. Kopf sehr stark erkrankt.
39	8 a. w. l.	coxitis seit 1 ¹ / ₂ Jahren in Behandl., Extens. Gyps.	Abscessbildung.	11. May 78. Resection unter troch. Pfannenrand cariös.
40	6 a. m. r.	coxitis, mit Gypsverbd., Extens. ver- geblich be- handelt.	Abscessbildung.	30. Septbr. 78. Resection unter troch., Auskratzung der Kapsel und Pfanne.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Resections - Wunde links heilt per priman.	14. Juni 79. Vollkommen brauchb. Schlottergelenke an beiden Extrem.; Pat. kann Treppen steigen, legt eine Wegstrecke von 1 1/2 deutschen Meilen in 2 1/2 Stunden zu Fuss zurück.	?	Dieser Zu- stand wurde längere Zeit nach d Ent- lassung fest- gestellt.	Wiener me- dicin. Presse, XV.
	Anfang 1879. Vollkommen brauchb. Schlottergelenk. Pat. kann ohne Stock und Stöckelschuh gehen, laufen klett. auf Sesseln u. Leitern.	7 M.		Wiener me- dicin. Presse, XV.
	6. März 81 geheilt, gutes Resultat.	?		Sonnenburg.
	Febr. 81, Gelenk vollstän- dig ausgeheilt, vorzügliches Resultat mit beinahe nor- maler Beweglichkeit, ge- ringe Verkürzung. Patient blühend und gesund.	1—2 Jahr.		Sonnenburg.
Nach 5 Tagen alles geheilt, am 15. März Gehversuche.	20. März 79 mit gut abdu- cirtem Bein und vollstän- dig geschlossenen Wunden entlassen.	5 W.		Haberern.
22. März 80 war die Re- sections-wunde geheilt.	Ende April 80 Wunden ge- heilt; Patient in sehr guter Verfassung.	7 W.		Glasgow, med. Journ. 1880.
Mässige Carbol-Intox. Hei- lung mit geringer asepti- scher Eiterung, nur An- fangs geringes Fieber.	10. Octbr. 78. Das neue Ge- lenk nach allen Richtungen beweglich, geht mit Taylor.	5 M.	April 1879. Wunde völlig geheilt, gute Gehfähigkeit.	Körte.
Geringes Fieber, schwache, aseptische Eiterung.	Dec. 78. Wunde bis auf 2 Fisteln geheilt, gutes Allgemeinbefinden, gute Heilung, Pat. kann ohne Stock gehen.	?	1879 Heilung.	Körte.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
41	12 a. w. l.	coxitis seit 8 Jahren.	Spontane Luxation, fehler- hafte Stellung.	14. Decbr. 78. Gelenkkopf ganz usurirt. Resect. unter troch.
42	Kind. Dop- pel- Resec- tion.	Es war im vorig. Jahre d. Res. des recht. Hüft- gelenks ge- macht wor- den; 1876 Resect. der link Hüfte.		Resection 1876.
43	15 a. w. r.	coxitis über 3 Jahre in Behandlung.	Mehrfache Fisteln, die auf ca- riösen Knochen führen.	20. Aug. 77. Entfernung des bereits völlig gelösten, cariö- sen Kopfes; collum femoris cariös.
44	9 a. w. r.	coxitis, über 2 Jah. in Be- hdl. m. Gyps- verb., Extens.	Abscesse vorn und aussen am Gelenk.	6. Juni 77. Resection unter troch.; Kopf zerstört, Pfanne cariös.
45	7 a. w. r.	coxitis 6 M. in Behandlg.	Abscesse vorn, unter lig. Poupart.	10. März 77. Stark cariöser Kopf. Resect. unter troch.
46	37 a. m. r.	coxitis seit 14 Jahr. od. darüber.	Seit 4 Monaten zwei Fisteln. Verkürzung 6 Cm. Fehlerhafte Stellung.	20. Dec. 76. Kopf steht 3 Cm. über der Pfanne, oben und innen stark usurirt.
47	5 a. m.	coxitis seit über 1 Jahr Gyps- und Streckverb. erfolglos.	Periarticulärer Abscess.	22. May 77. Kopf fast ganz zerstört, Pfanne stark cariös. Resect. unter troch.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Fieber, Eiterung. Antisep- tischer Verband am 5. Tage durch Chlorwasserverband ersetzt; gute Granulationen in der Wunde.	Ende Januar 79. Wunde mit fingerbreiter Narbe ge- schlossen. Bein beweglich.	5—6 W.	1879 Heilung.	Körte.
Das Kind, das früher sehr elend war, ist jetzt kräftig, läuft ganz behend und sicher umher, den Oberkörper etwas nach hinten geneigt; der Gang ist etwas wacke- lig, wie bei angeborener, doppelseitiger Luxation. Das Resultat der Operation ist ein vorzügliches: Be- wegungen im Gelenk nach allen Richtungen so aus- giebig wie normal. Es besteht etwas lordotische Ver- krümmung der Lendenwirbelsäule.		?		Krabbel.
Vortrefflicher Heilungs- process.	26. Nov. 77. Beschränkte Beweglichkeit ohne Verkür- zung des Beines.	3 M.		Aschenborn.
Anfangs Juli Abscess an der vorderen Seite des Ge- lenks. Rasche, fieberlose Heilung.	25. Septbr. 77 mit Taylor entlassen, Bein nicht ver- kürzt, Gelenk fest und gut beweglich.	3 M. 3 W.		Aschenborn.
Mehrtägiges Erysipel; de- cubitus wegen Beschmutz- ung mit Urin, starke Ei- terung. Auskratzung einer cariösen Stelle am Kno- chen. Die Wunden heilen darauf sehr gut.	3. Septbr. 77 geheilt ent- lassen.	6 M.		Aschenborn.
Wiederholt starke Carbol- intoxication. 9. Jan 77 Eröffnung eines grossen Abscesses.	März 79. Gelenk passiv in ziemlicher Ausdehnung be- weglich, activ weniger, da Patient das Bein nur wenig gebraucht. Wunde ganz verheilt. Verkürzung 3 Cm. Durch Electricität und Geh- übungen bessert sich die active Bewegl. erheblich.	?		Aschenborn.
Vom 10. Juli an ungestörte Heilung.	24. Novbr. 77. Völlig ge- heilt entlassen, Wunde völ- lig geschlossen, keine Fisteln.	6 M.		Aschenborn.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
48	9 a. m. r.	coxitis seit 14 Monat. in Behandlung.	Ein Abscess vor längerer Zeit gespalten, geringe Eiterung.	19. Nov. 77. Pfanne stark ca- riös. Unterhalb des troch. noch ein Stück der Diaphyse entfernt, weil das Knochen- mark theilweise vereitert war.
49	9 a. m. r.	coxitis seit 13 Tagen in Behandlung.	Grosser Abscess.	13 Febr. 77. Pfanne stark cariös, an einer Stelle perfo- rirt, doch im Becken kein Eiter nachweisbar. Resection unter troch.
50	5 a. m. l.	coxitis seit 3 Monat. in Behandlung.	Spontane Luxation, Abscess unter den Glutaeen.	6. Sept. 77. Pfanne cariös. Resect. unter troch.
51	14 a. m. r.	cox. in Folge v. osteomye- litis femoris acuta seit ca. 6 Monat. in Behandlung.	Festes Exsudat in der fossa iliaca, die Gelenkgegend stark angeschwollen.	21. Dec. 77. Resection unter troch.
52	14 a. m.	coxttis seit ca. 7 Monat.	Abscess in der Leistenbeuge u. am Schenkel, beträchtliche Störung d. Allgemeinbefindens.	9. Jan. 73. Resect. über troch. Pfanne bis auf eine Stelle des Bodens gesund.
53	6 a. m.	coxitis seit 10 Monaten.	Grosser Abscess an d. Aussen- seite d. Schenkels, bricht spon- tan auf mit Entleerung vieler Unzen Eiter. Symptome von Eiterung im Gelenk.	12. Juli 1872. Resect. durch den troch. Kopf u. ein Theil des Halses erkrankt, ebenso ein Theil des Pfannenbodens.
54	7 a.	coxitis seit über 2 Jahr.	Ein Absc. war geöffnet worden.	27. Sept. 75. Resect. unter troch. Kopf zum grössten Theil zerstört, Pfanne erweitert und vertieft, an mehreren Stellen cariös.
55	6 a. m. r.	fung. coxit. seit 13 Mon.	Mittlegrosser gespaltener Absc. führt auf cariösen Knochen.	24. Aug. 70. Kopf u. gr. troch. abgesetzt.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Heilungsverlauf ohne be- sondere Störungen.	30. Juli 78. Verkürzung 3 Cm.; Elevation, Abduct und Rodation gut ausfüh- bar, Adduction nur gering.	8 M.		Aschenborn.
Wiederholte Eiterung we- gen eines zurückgeblieben- en necrotischen Stückes; nach Entfernung desselben mässige Eiterung.	12. Octbr. 77 mit Taylor- scher Maschine völlig ge- heilt entlassen.	8 M.		Aschenborn.
Heilung grössten Theils per primam intent. Günstiger Verlauf. Eine schwere Scarlatina verzögert die Heilung beträchtlich.	Definitive Heilung Anfang 1878.	5 M.		Aschenborn.
Die Heilung geht sehr günstig von Statten, grössten Theils prima intent.	29. März 78. Geheilt ent- lassen ohne Fisteln; Ge- lenk völlig beweglich, Pat. geht mit einer erhöhten Sohle ohne Stock.	3 M.	6 Monate n. d. Entlassung dasselbe gute Resultat.	Aschenborn.
Heilungsverlauf zwar langsam, aber gut.	Wird im Juni 73 entlassen.	11 M.	11 Monate n. d. Op.: Verkürzung ca. 3", die Wunde ganz geheilt, Freie Beweglichk., sehr brauch- bares Bein.	Annandale.
Langsamer, aber guter Heilungsprocess.	15. May 73. Pat. wird ent- lassen mit einem brauch- baren Bein.	10 M.		Annandale.
Der Heilungsprocess war ein sehr befriedigender.	Vollständige Genesung, vorzüglich bewegliches Glied.	?		Annandale.
Allgemeinbefinden sehr gut, Wunde heilt gut.	Mitte Decbr. gutes Allge- meinbefinden, Patient geht umher.	4 M.		Bryant.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
56	10 a. m. l.	coxitis seit 2 1/2 Jahren.	Mehrere Fisteln.	12. Nov. 74. Res. unter troch. maj., die Pfanne mit scharfem Löffel gründlich ausgekratzt.
57	12 a. w.	fungöse co- xitis.	Ein Beckenabscess.	12. Sept. 76., vorderer Längs- schnitt nach Schede; nur Kopf decapitirt.
58	13 a. m.	fungöse co- xitis seit 3 Monaten.	1 gr. Abscess u. Fisteln, Epi- physenlösung.	3. April 77.; der Kopf wird abgesetzt, Pfanne cariös.
59	9 a. m. l.	fung. coxitis. ca. 13 Monate.	An der vorderen Seite des Oberschenkels gr. Abscess mit käsigem Inhalt.	3. Dec. 75. Der weiche Kopf über troch. abges. Acetabulum ausgekratzt.
60	10 a. w. l.	coxitis seit 2 Jahren. 9 Monate m. Extension behandelt.	Fisteln, sehr starke Flex. u. Adduct. Abscesse.	26. Nov. 73. Resect. unter troch. Primär ossaler Process im Kopf, Pfanne sehr wenig ver- ändert.
61	2 3/4 a. m. r.	coxitis seit 9 Monaten.	Grosser Abscess, der die ganze vordere und äussere Seite des Beines von der Weiche bis zum Knie einnimmt.	22 Octbr. 73. Resect. unter troch. Primär osteopath. Ge- lenk-Affection. Pfanne stark erweitert und porforirt.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Heilungsverlauf ein sehr guter.	29. Septbr. 75. Pat. macht stundenlange Märsche ohne zu ermüden mit erhöhtem Stiefel. Verkürzung 5 Cm.	10 M.		Esmarch.
Beckenabsc. recidivirt.	Geht umher, Flex. u. Abd. fast ganz normal.	7 M.		Schede.
Es bildet sich ein Becken- absc., die Pfanne perforirt.	Heilung.	?	1 Jahr n. d. Op.: vorzüg- liche Func- tion, active Beweg. fast ganz normal, hüpft auf d. krank. Bein durch's ganze Zimmer.	Schede.
Nach der Operation Car- bolurin, Temp. 35,6° hebt sich aber rasch. 14. Dec. Wunde und Patient ausge- zeichnetes Aussehen. 21. Jan. 76. passive Bewegun- gen. Bald darauf schliesst sich die Wunde.	May 76, geht am Stocke, bald darauf ohne Stock. Entlassen den 6. Juni mit Fisteln.	6 M.	10½ Monate nach d. Op. gutes Allgem. Bef. Geht mit Maschine u. Stock, aber auch ohne diese. Verkür- zung 3—4 Cm. Beweglich- keit gering. Mässige Flex. und Add.	Czerny.
Wunde heilt ohne React. bis auf eine ganz kleine Öffnung prim. int. 10. Dec. heftige Scarlatina. Fistel will sich nicht schliessen und verzögert die Heilung.	11. Septbr. 74, entlassen als geheilt. Pat. geht mit Schienenapparat und Sitz- ring sehr gut u. ohne jede weitere Unterstützung. Ver- kürzung ca 1'. Active Be- weglichkeit gering, passive bis zu rechtem Winkel schmerzlos u. leicht. Doch gewisse Neigung zu Add. u. Rot. nach innen. Bein vortrefflich genährt.	9 M. 2 W.		Volkmann.
	22. Dec. 73 entlassen bei treffl. Ernährungszustand, aber fistulöser Wunde. Im Sommer 74: Fistel schon lange geschlossen. Geht mit u. ohne Maschine gut und mit grosser Aus- dauer, Verkürzung 1¾ Cm. Ernährungszustand d. Ex- tremitäten normal. Das funct. Resultat brilliant.	9 M.		Volkmann.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
62	2 ³ / ₄ a. w.	acute coxitis in Folge von Typhus, seit wenigen Wochen be- stehend.	Die Krankheitssymptome neh- men trotz Extension, Eis und Punction zu. Faustgrosser Backenabscess.	7. Januar 74. Resect. unter troch. Aus dem Gelenk grosse Mengen schleimigen Eiters. Synoviale Form der Coxitis. Die Fugenknorpel der Pfanne zerstört, bei Druck entleert sich durch diese Eiter.

D r i t t e s S t a d i u m

63	9 a. m. l.	coxitis seit 5 Jahren.	Das Kind äusserst schwach, dem Tode nahe.	20. Febr. 75. Resection.
64	7 a. m. l.	coxitis seit 6 Monaten im Hospital ohne Erfolg behandelt.	Pat. äusserst schwach, dem Tode nahe.	16. März 75. Resection.
65	14 a. m.	coxitis.	Sehr vorgerücktes Stadium d. Erkrankung, Pat. durch langes Krankenlager sehr herunter- gekommen.	1879 Kopf u. troch. entfernt.
66	14 a. w. r.	coxitis in Folge von infectiös. acut. Osteo- myelitis. Pat erkrankte v. 6 Wochen.	Pat. äusserst elend, hohes Fie- ber, Eiweiss im Harn, Oedem beider Extrem., grosser Decub. am Kreuz. Crepitat. im Ge- lenk. Vorn aussen am Schen- kel grosser Absc.	Wahrscheinlich nach 1875. Kopf vom Halse gelöst, ent- knorpelt, Pfanne granulös, in d. Gelenkhöhle eine grössere Menge rothbraunen, übelrie- chenden Eiters. Resect. im troch.
67	31 a. m. l.	caries coxae seit 1 ¹ / ₂ Jahren.	Höchst desolater, abgemager- ter Zustand, decubitus des Kreuzbeins, Appetitlosigkeit.	6. Aug. 78. Der Kopf zum grössten Theil seines Knorpels beraubt, Pfanne cariös zerstört.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Wundsecretion wird bald unbedeutend. Ende Januar Alles vernarbt.	Juni 74. Läuft mit Schienen- apparat und Sitzring ohne weitere Unterstützung. Ver- kürzung ca 1". Active Be- weglichkeit gering, passive Flex und Extens. ohne Schmerz bis zu normaler Grenze. Gelenk noch be- weglich, wird aber conti- nuirlich fester.	5 M.	März 1875: Geht ohne Apparat vor- trefflich; ac- tive Flex. bis z. spitzen Winkel; die Kraft der Be- wegung er- heblich ge- ringer, als am gesunden Bein.	Volkmann.

d e r E r k r a n k u n g .

Verlauf äusserst günstig, nach 6 Wochen war die Wunde ganz geheilt.	Pat. geht mit einem erhöh- ten Absatz umher, die Ge- brauchsfähigkeit des Beines ist eine durchaus gute. Der Knabe hat sich erholt und sieht blühend aus.	3 M.		Barden- heuer.
	12. Sept. 75. Eine kleine Fistel besteht noch, Ver- kürz. ca 2". Pat. kann sich gut auf d. resecirten Beine stützen.	?	10. Juni 76. Pat. kaun mit einem Stock sehr gut mar- schiren.	Barden- heuer.
	Pat. verlässt mit vollkom- men brauchbaren Bein d. Krankenhaus, keine Fisteln, sehr gute active u. passive Beweglichkeit.	?	4 Monate nach der Ent- lassung Fort- bestand des günstigen Resultats.	Bericht über Bethanien.
Bei gut Wundverlauf erhält sich d. Kranke langsam, nach 4 Woch. Urin eiweiss- frei, Decubitus geheilt.	Entlassen mit Taylor; Wunde ganz vernarbt, Ver- kürzung $\frac{1}{2}$ Cm. Alle Be- wegungen und namentlich Flex. sehr gut u. fast über die physiolog. Grenze aus- führbar.	?	1 Monat nach der Entlas- sung derselbe Zustand.	Driessen.
Ganz fieberloser Verlauf, erst nach 3 Mon. standen die Granulationen im Ni- veau der Haut.	Mit Taylor entlassen gut gehend, active und passive Bewegung im Gelenk nur in geringem Grade möglich.	?		Charité- Annalen.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
68	10 a. m. r.	coxitis seit 5 Monaten in Behand- lung.		20. Mai 76. Pfanne ganz zer- stört, fast vollständig von einer Perforationsöffnung eingenom- men. D. Finger gelangt in eine grosse Abscesshöhle des Unter- leibes bis zum Mastdarm; da- selbst mehrere Sèquester.
69	Knabe	fung. coxit. seit ca 12 Monaten.	Starker Kräfteverlust, 2 grosse Absc. neben trochanter.	16. Febr. 76 nach Langenbeck, unter troch. abges. Kopf wenig verändert, Pfanne erweitert, cariös.
70	12 a. w.	coxitis seit 4 Jahren.	Sehr heruntergekommen, meh- rere grosse Absc., auch ein Beckenabscess.	28. Juli 76, nach Langenbeck, Kopf zerfallen, Pfanne perfor- irt, caries ossis ilei. Unter troch. abges.
71	Knabe	verjauchende cox. in Folge v. infect. Osteo- myelitis ossis ilei.	Sehr herunter gekommen, se- cundäre Pneumonie, metasta- tische synovitis art. humeri.	11. Sept. 77. Kopf decapitirt.
72	14 a. m., r.	coxitis.	Sehr heruntergekommenes In- dividuum.	Resection vor 1876.
73	10 a. m. r.	caries coxae seit 3 Jahren.	Hochgradige Anämie und Ab- magerung, zahlreiche Fisteln in d. Inguinal- u. Glut.-Gegend.	7. Juli 76. Resection unter troch. Perforation der Pfanne.
74	35 a. m.	coxitis seit 18 Jahren.	Fieber und Eiterung hatten die Kräfte des Patienten stark reducirt.	14 Nov. 72. Kopf und Rand der Pfanne werden entfernt.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
	13. August 76 gesund ent- lassen; geht gut.	2 M. 3 W.		Haberern.
Heilungsverlauf ohne be- sondere Störungen.	Ende Juni 79, geht ohne Unterstützung, hebt das Bein, Stützapparat.	4 M. 1 W.	14 Monate nach der Op. fast normale Functions- fähigkeit, Verkürzung 1½ Cm.	Schede.
Wundheilung sehr gut; Beckenabscess recidivirt.	Functionsfähigkeit fast nor- mal.	14 M.		Schede.
Wundverlauf aseptisch und durchaus gut.	10. Jan. 78, verlässt d. Bett n. geht. 7 Mon. n. d. Op.: 1 Cm. Verkürzung, active Bewegung nicht ganz frei.	7 M		Schede.
	Heilung.	5 W.		Saxtorph.
Nach einigen Tagen offene Wundbehandlung wegen reichlicher Eiterung; sehr geringes Fieber, auffallend rasche Heilung und Besse- rung d. Allgem. Befindens.	20. Octbr. 76. Pat. geht ohne jegliche Unterstützung, ohne Stock. Allgem. Befin- den sehr gut. 2. Dec. 76 mit Taylor entlassen, sehr schö- ne Gehfähigkeit, active Flex. bis 45°, passive bis rechten Winkel. Durch geringe Ab- duction Verkürzung fast ganz aufgehoben.	3 M. 2 W.		Langenbeck.
In der ersten Woche eitert die Wunde, darauf sehr schnelle Heilung derselben. Das Allgemeinbefinden sehr befriedigend. Vorüberge- hende Verschlechterung d. Wunde durch Reizung; Ende der 7. Woche ist die- selbe vorzüglich geheilt. Pat. geht mit Krücken.	Pat. hat ein ziemlich brauch- bares Bein, Verkürzung ge- ring, aber nur geringe Be- weglichkeit im Gelenk. Wunde vollkommene Heilung.	6 M.		Mac Cormac.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
75	10 a. w.	coxitis seit 1 1/2 Jahren.	Pat. sehr herunter gekommen, fluctuirender Absc. an der Aussenseite.	8. Juli 75 n. Langenbeck; Absägung unter troch. mit einem Stück aus d. Diaphyse. Der Absc. reicht bis zur Mitte des Schenkels, grosse Eiter- mengen.

D a s S t a d i u m

76	6 a. w.	acut. purul synovitis in Folge von trauma.		21. Sept. 72.
----	------------	---	--	---------------

II. T a b e l l e:

Z w e i t e s S t a d i u m

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
77	10 a. m. r.	coxitis seit 1/2 Jahre.	Fehlerhafte Stellung, Schwel- lung der Hüftgegend durch Drüsen bedingt, hintere Haut ödematös. Allgemeine Tuber- culose.	22. Juni 76. Resect. des Kop- fes und troch. Eiter im Gelenk, der sich mit den adductoren gesenkt hat, Knorpel d. Kop- fes stellenweise abgelöst.
78	25 a. m. l.	coxitis seit 2 Jahren.	Pat., anfänglich ein athletisch gebauter Mann, war im Ver- lanfe seines ca. zweijährigen Leidens sehr herunter gekom- men; doch keine Fisteln, keine Eiterung. Das kranke Bein atrophisch.	12. May 77. Gelenkkapsel aus- gedehnt, verdickt und mit kä- sigem Eiter gefüllt, Kopf usu- rirt, Pfanne entblösst, ausge- weitert. Resect. vorgenommen wegen unstillbarer, äusserst heftiger Schmerzen.

Verlauf der Heilung, Complicationen.	Erfolge der Operation, Datum der Entlassung.	Heilungs- dauer.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Wundverlauf ansgezeichnet Heilung per. prim. bis auf die Drainöffnung. Kein Fieber seit der Operation.	18. Januar 76. Mit erhöh- tem Stiefel ist das Bein vorzüglich functionsfähig.	1 J.	Die definitive Heilung wurde durch eine Fistel um 6 Monate verzögert.	Esmarch.

nicht feststellbar.

Wird nach 6 Monaten ent- lassen.	2 ³ / ₄ Jahre nach der Op.: Pat. geht gut mit einem erhöhten Stiefel.	?		Mac Cormac.
-------------------------------------	---	---	--	-------------

die Gestorbenen.

der Erkrankung.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes, Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Wunde bis kurz vor dem Tode immer asept., klein. Decubitus auf capitul. fibu- lae durch Druck d. Schleif- apparats, heilt nicht, son- dern führt zur Vereiterung des Kniegelenks. bei dem durch allgem. Tuberculose herunter gekommenen Pat.	20. Aug. 76. Tuberculose der Lunge, Darm, Leber. Bei der Section findet man Perforation der Pfanne, das os ilei vom os pubis et ischii gelöst.	2 M.		König.
Mit der Operation waren Schmerzen und Fieber wie durch Zauder geschwun- den; begründete Hoffnung auf Genesung, vereitelt durch ein unglückliches Ereigniss: starke Verbrü- hung mit kochendem Was- ser in der Kreuz- u. Steiss- beugegegend; von hier aus Blutvergiftung.	26. Mai 77. Pyämie.	2 W.	Pyämie in Folge von starker Ver- brennung.	Neudörfer.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
79	1 $\frac{1}{3}$ a. w. r.	caries coxae	Ein grosser, 200 Ccm Eiter enthaltender Abscess commu- nicirt mit der Gelenk-Höhle.	1878. Vom Kopf kaum noch eine Spur, Pfanne gesund.
80	18 a. m. l	coxitis seit 11 Mon. War bis dahin stets ge- sund. 5 Mon. mit Extension, Gyps- u. Was- serglasverbän- den behandelt.	Allgem Befinden etwas ange- griffen, Drüsenanschwellung in der Leiste beträchtlich. Feh- lerhafte Stellung.	5. Juli 78. Beim Vordringen in die Tiefe entleert sich ein grosser Absc. Becken per- forirt, Kopf zerstört; ein gros- ser Absc. steigt am lig. Poup. in die Höhe. Am horizont. Schambein ist eine raue Stelle.
81	7 a. w. l.	coxit. purul. seit 3 Jahren.	Pat. durch starke Eiterverluste sehr herunter gekommen; es war auch ohne Operation in der nächsten Zeit der tödtliche Ausgang zu befürchten.	12. September 75.
82	4 a. w. r.	coxitis seit 3 Jahren; seit 2 Jahren behandelt.	Absc., trochanter über Nelaton.	15. Juni 80. Kopf ganz ge- schwunden, Zerstörung am Becken sehr weitgehend, die Pfanne wird perforirt.
83	8 a. w. r.	coxitis.	Schwaches, anämisches Kind, am troch. maj. fluctuirende Schwellung, am linken Unter- schenkel 2 luetische ulcera von Markstückgrösse. Urin eiweissfrei.	1876. Kopf cariös, ebenso Pfanne. Die Operation dauert 1 $\frac{1}{2}$ Stunden.
84	7 a. m. r.	coxitis seit 5 Monaten.	Pat. scrophulös, Abscess am trochanter.	3. März 76. Viel Eiter ansser- halb des Gelenks; Kopf fast intact, dagegen Pfanne cariös, zuklüftet, Rand zerstört.
85	13 a. w. l.	coxitis.	Pat. schlecht genährt, sehr anämisch, Abscesse in d. Ge- lenk-Gegend und weiter am Schenkel; Luxation.	9. März 76; käsige Eitermassen, Kopf cariös, Pfanne ausgewei- tet, zerklüftet.
86	3 a. r.	caries coxae seit 2 Jahren.	Fisteln.	18. Aug. 75. Nur der cariöse Kopf wird entfernt.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes; Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
	20 Stunden n. d. Op. unter plötzlich auftretenden Suffo- cationserscheinungen, für deren Ursache die Section keine Anhaltspunkte gab.	20 Stund.		Charité- Annalen.
11. Aug. 78. Pat. steht auf. 20. Sept. Symptome von Lungeninfiltration. 1. Dec. eine ziemlich grosse Stelle der Pfanne cariös.	Anfang 1879. Tuberculöser Marasmus.	8 M.		Lücke.
12. Nov. wird ein cariöses Femurstück entfernt, welches starke Eiterung unterhalten hatte. Der Eiweissgehalt des Urins wird immer stärker, das Kind verfällt mehr u. mehr.	Decbr. 75. Adynamie.	3 M.		Barden- heuer.
Wunde aseptisch, Temp. hoch, stetes Erbrechen.	18 Juni 80. Meningitis.	3 Tage	Section nicht erlaubt.	Leisrink.
	2. Stunden nach d. Oper. Carbolintoxication.	2 Std.		Krabbel.
Fieber sehr mässig, Sekre- tion sehr stark, nicht putrid, guter Appetit, Wunde gut granulirend.	5. Juli 76. Acute Miliar- tuberculose.	4 M.		Angerer
Fieber, starke Eiterung, we- nig Appetit, Bein hochgra- dig oedematös, Urin eiweiss- haltig.	14. Febr. 77. Consumption, hochgrad. Anaemie, Amy- loid der Niere u. Leber.	11 M.		Angerer.
Ganz geringes abendliches Fieber, Erscheinungen von Carbolintox. Diarrhöe.	26. Aug. 75. Tod an Er- schöpfung. Schwellung u. Ulceration d. Darmfollikel.	8 Tage		Langenbeck.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
87	18 a. m. l.	caries coxae seit 11 Monaten.	Fisteln, Beckencaries, Lu- xation.	2. Juli 75. Resect. unter dem kleinen trochanter, Auslöffe- lung des femur.
88	11 a. m. r.	coxitis 2 1/2 Monate in Behandlg.	Abscedirung.	27. März 77. Pfanne intact, Hauptsitz der caries im collum. Troch. wird nicht entfernt.
89	4 a. w. r.	coxitis seit 13 Monaten.	Eine Fistel über Poup. Band	16. Nov. 75. Kopfcariös, luxirt; caries d. Pfanne bis z. os ilei- Beim Auskratzen wird das acetabulum perforirt.
90	13 a. m. l.	coxitis seit 2 Jahren.	Aufgebrochene Abscesse.	16. Mai 73. Resect. unter troch., Ausschabung der Fisteln und der perforirten Pfanne.

D r i t t e s S t a d i u m

91	10 a.	Dauer der Krankheit mindestens 1 Jahr.	Zartes Kind aus tuberculöser Familie, enorme Abscesse an der Aussenseite des Ober- schenkels bis zum Knie.	29. April 74. Resection unter trochanter.
92	Knabe	coxitis seit längerer Zeit	Pat. in einem höchst desolaten Zustande, fast moribund, zahl- reiche Fisteln an der äussern, vordern und hintern Schenkel- fläche.	Octbr 79. Resect. als ultimum refugium. D. Op. verlief ohne besond. Schwierigkeiten, Blut- verlust gering. D. Knochen- mark, soweit mit dem Löffel zu erreichen, erweicht.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes; Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Remittirendes Fieber, sehr reichliche Eiterung mit un- genügendem Abfluss. Seit Ende Juli offene Wundbe- handlg. wegen Zersetzung des Wundsecretes. Becken caries u. caries der syn- chondrosis sacro-iliaca sin. Langsame Erschöpfung.	7. März 76. Amyloid aller Unterleibsorgane	8 M.		Langenbeck.
Eiterung, nachträgl. Ent- fernung eines 3 Cm. langen Femurstückes, necrotisch geworden wegen chron. Osteomyelitis. Wiederholte Eiterung wegen fortbeste- hender Osteomyelitis.	May 78. Meningitis in Folge von caries ossis temporum mit Otorrhoë. Amyloid von -Leber, Milz u. Nieren	14 M.		Aschenborn.
Am anderen Morgen ausge- sprochener Collaps.	36 Stunden nach der Ope- ration Collaps.	1 1/2 Tage		Esmarch.
Anfangs minimal. Reaction, Wunde per prim. bis auf ein. Fist. geschlossen. Nach 14 Tagen Fieber. d. Occlus. Verband wird fortgelassen, Secretion nimmt zu, wird jauchig.	29. Juni 73. Pyämie.	5 W.	Die Pyämie war verschul- det durch ei- nen im aus- geschabten, stark bluten- den acetabu- lum zurück- gelassenen Schwamm.	Volkmann.

der Erkrankung.

	20. Aug. 74. Käsiges Pneu- monie in beiden oberen Lungenlappen, ausgedehnte Geschwürsprocesse im Dünndarm und Colon.	3 M. 3 W.		Esmarch.
	2 Stunden nach der Oper.	2 Stn.		Schmitz.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
93	13 a. w. l.	coxitis seit 11 Monaten.	Ausweitung der Pfanne, hin- ter troch. tiefe Fluctuation.	17. May 75. Resect. unter troch. Freier Pfannensequester, starke caries u. Perforation der aus- geweiteten Pfanne.
94	22 a. m.	coxitis seit 9-10 Jahr.	Pat. heruntergekommen, Al- buminurie, Leber, Milz ver- grössert, Fisteln zum ver- ödeten Gelenk.	3. Dec. 74. Kopf stark redu- cirt, durch Narbenstränge an's Dorsum ilei befestigt.
95	16 a. l.	coxitis seit 1/2 Jahr.	Pat. in äusserst elendem Zu- stande aufgenommen, hohe Temp., sehr abgemagert, in der Mitte der äussern Schenkel- fläche eine sehr hässliche In- cisionswunde, äusserst stin- kend, Eiterung bis in's Ge- lenk.	10. Juli 75. Kopf cariös, Knor- pel völlig zerstört.
96	12 a. m. l.	coxitis fun- gosa seit ca. 8 Monaten.	Schwächliches Kind aus scro- phulöser Familie. An der vorderen Fläche des Schen- kels handbreiter Substanz- verlust durch grosse Absce- dirungen, vena saphena und Muskeln blossgelegt, die Mus- keln von Eiter umspült, tiefe Fistelgänge.	9. April 75. Kopf und Hals völlig erweicht, Knorpeldefect in der Pfanne.
97	27 a. m. l.	coxitis fun- gosa seit 13 Monaten.	Sehr anämisches u. herunter- gekommenes Individuum. Zustand fast hoffnungslos; seit 4 Jahren Spondylitis mit zeitweiliger Lähmung der un- teren Extremit., sowie Blase und Mastdarm. 2 grosse Abscesse.	28. Febr. 72. Resection unter troch.; Pfanne ausgeisseilt.
98	9 1/2 a.	coxitis.	Pat. ist Todescandidat; hekt- isches Fieber, anhaltende Diarrhöen, Nachtschweisse, offener Abscess am trochanter.	April 77. Bedeutende Eiter- ansammlung an der inneren Schenkelseite bis zur Mitte derselben herab. Resect. unter troch.; Pfanne cariös.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes; Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Die Wunde heilt ohne Spur von Fieber unter 10 Verbänden bis auf d. Fistel d. Drainrohres; passive Bewegung. in normal. Grenzen, Pat. geht mit Stock, Verkürzung 4 Cm.	8 Mon. n. d. Op. acut progredierte Phlegmone des Beckenzellgewebes im Anschluss an eine Auskratzung der Fistel.	8 M.	Zur Zeit der Auskratzung gerade Erysipel epidemie i. Hause.	Langenb. Archiv Bd. XX, p. 295.
Verlauf anfangs günstig; von d. zweiten Woche an Steigerung d. Albuminurie, Anasarca, Ascites. Bis zum Tode fieberfreier Verlauf.	28. Dec. 74. Starkes Amyloid der Niere, Milz und Leber.	15 Tg.		Thiersch.
Trotz energischer wiederholter Aetzung mit Chlorzink konnte die Wunde nicht aseptisch gemacht werden.	14. Juli 75. Tod an Septikämie.	4 Tg.		Nussbaum
Reichliche Absonderung mit stinkendem Secret, Eiterverhalten im kleinen Becken. Hartnäckige Appetitlosigkeit, Decubitus.	5 Wochen n. d. Op. Tuberculose der Lungen, Amyloid der Milz. Beckenabsc.	5 W.		Czerny.
Die Kräfte sinken mehr u. mehr.	15. März 72.	2 W.	Section nicht gestattet.	Gay
Caries d. Darmbeines nimmt zu, Perforat. des Pfannenbodens, Abscess in d. fossa iliaca, continuirl. Fieber.	October 77. Todesursache nicht angegeben.	6 M.		Bennet.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
99	12 a. m. l. u. r.	coxitis dupl.	Abscess an der linken Seite.	10. Nov. 77. Resect. links. Kopf u. Pfanne ziemlich fest verwachsen. Die Wunde heilt gut. Darauf am 23. Nov. Resection rechts. Kopf fest mit der Pfanne verwachsen.
100	7 a. m.	coxitis seit 3 Jahren.	Schwerer Fall, Beckenabscess.	25. Juni 78. Kopfganz zerstört, Hals u. troch. gesund, Pfanne allgem. ausgeweitet, Guldenstück grosse Perforation. Unter spin. ant. sup. Abscess bis in's Becken hinein.
101	4 a. m.	coxitis.	Pat. gelangt erst in einem sehr späten Stadium d. Erkrankung zur Resection; durch langes Krankenlager sehr heruntergekommen.	1879. Da die Erkrankung auch den troch. ergriffen, wird derselbe abgetragen.
102	4 a. w.	coxitis	Ganz desolater Zustand, Urin schwach eiweisshaltig; Durchbruch des Eiters durch d. Gelenk, viele Fistelgänge.	1879. Die Operation wird als letztes Rettungsmittel versucht.
103	12 a. w.	coxitis	Pat. gelangt erst in einem sehr späten Stadium zur Op., durch langes Krankenlager sehr heruntergekommen.	1879. Da die Erkrankung auch den trochanter ergriffen hatte, wurde derselbe entfernt.
104	11 a. m. l	coxitis dupl.	Gelangt erst in einem sehr späten Stadium zur Op., durch langes Krankenlager sehr heruntergekommen.	1879. Das eine Gelenk resecirt; in derselben Narcose die forcirte Trennung der Verwachsung des anderen Gelenks auf unblutigem Wege mit Erfolg ausgeführt.
105	17 a. m. l.	coxitis, fast 2 Jahre bestehend.	Pat. sehr heruntergekommen, anaemisch, viele Fisteln mit reichlicher Eiterung.	17. März 75. Kopf vom Halse gelöst, liegt frei in der erweiterten, zerklüfteten Pfanne.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes; Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Am linken Oberschenkel grosser Abscess mit jauchigem Eiter. Es bildet sich links deutlich Osteomyelitis aus, starke Jauchung in der linken Wunde.	2. Dec. 77. Wol zweifellos in Folge der acuten malignen osteomyelitis des linken resecirten Stumpfes. Autopsie nicht gemacht.	3 W.		Aschenborn.
	Pat. wurde mit wenig seceruirender Fistel sehr gut gehend entlassen. Aber 2 Jahre n. d. Entlassung an schwerer Darmtuberculose, vielleicht auch an Amyloid d. inneren Organe gestorben.	über 2 J.		Haberern.
	Stirbt an Meningitis tuberculosa.	?		Bericht über Bethanien.
Anfangs günstiger Einfluss der Op. auf d. Allgemein-Befinden, d. Kranke scheint sich etwas zu erholen; doch stellen sich bald ascites u. anasarca ein; stirbt unter urämischen Erscheinungen.	Amyloid der Nieren.	?		Bericht über Bethanien.
4 Tage n. d. Op. wird Pat. von einer sehr heftig. Scarlatina befallen.	13 Tage n. d. Operat. an Scarlatina.	13 Tage.		Bericht über Bethanien.
Nach d. Op. das Befinden b. auf Chloroformerbrechen leidlich. D. Harn war nicht schwarz. Am nächsten Morgen collabirt Pat. plötzlich, wurde kurzathmig u. starb am Abend desselb. Tages.	2 Tage n. d. Op. Autopsie nicht gestattet. Für Carbolvergiftung u. Sepsis keine Anhaltspunkte; vielleicht Thrombose od. Fettembolie.	2 Tage.		Bericht über Bethanien.
Starkes Fieber, profuse, putride Eiterung, Urin eiweissaltig, circumscribte Gangrän d. Haut, Oedeme.	30. März 75. Hochgradige Anämie, Amyloid d. Leber, rechte Niere atrophisch.	13 Tage.		Angerer.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
106	36 a. m. l.	coxitis in Folge von Wirbelcaries mit Durch- bruch von Eiter in's Hüftgelenk.	Schwache Constitution, Abs- cess am linken Oberschenkel und Congectionsabscess in der rechten Inguinalgegend mit colossalen Eitermassen.	29. Jan. 76. Kopf cariös, Pfanne erkrankt, die Psoas- scheide in eine Jauchehöhle umgewandelt.
107	3 a. w. l.	coxitis seit 1 Jahr.	Spontane Luxation, grosser Abscess unter dem Rectus fe- moris, Wirbelcaries, grosse retroviscerale Abscesse.	17. Jan. 77. Resect. unter troch. Partialnecrose d. Innen- seite des Schenkelhalses und Kopfes, Rest des Kopfes in- tact, sclerosirt.
108	23 a. m. l.	caries des Hüftgelenk. seit 1. Jahr.	Pat. hatte die letzten Monate im Gefangniss zugebracht; grosse septische Wunde in d. Nähe des linken trochanter; die Ränder der Wunde hand- breit unterminirt.	10. März 79. Kopf zerstört, Pfanne perforirt in Markstück- Grösse.
109	16 a. m. l.	caries coxae seit 1/2 Jahr.	Pat. in äusserst elendem Zu- stande, bei Morgentemp von 40,5 aufgenommen. In der Mitte des linken Oberschen- kels eine sehr hässliche Inci- sionswunde, äusserst stinkend; Eitergang bis in's Gelenk.	10. Juli 75. Gelenkkopf cariös, Knorpel völlig zerstört.
110	4 a. m. l.	coxitis seit über 2 Jahren.	Pat. äusserst schwach u. wur- de mit Sicherheit innerhalb kurzer Zeit der Tod erwartet. Starker Eiterverlust, Urin ei- weisshaltig.	3. Februar 75.
111	15 a.	coxitis seit 4 Jahren.	Pat. äusserst schwach u. her- unter gekommen, sehr starke Eiterverluste.	19. April 75. Resection als ultima ratio.
112	10 a. w. l.	coxitis seit 7 Jahren.	Abscess am troch. mit starker Eiterung, rasch wachsender Iliacalabscess.	23. Dec. 73 Resect. unter troch., die Pfanne so breit perforirt, dass man bequem mit dem Finger eindringen kann. Gelenkkopf verkleinert, sein Gewebe aber gesund. Wahrscheinlich primäre Syno- vitis.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes; Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Nach 3 Woch. Nachlass des Fiebers u. relatives Wohlbefinden, d. Wunden sehen gut aus u. produciren guten, geruchlosen Eiter. Anfangs März unstillbare Diarrhöen, bisweilen blutig tingirt.	27. März 76. Tnberculöse Geschwüre im Dünndarm, Wachseleber; Eitersenkung längs des Psoas beiderseits von der Wirbelcaries.	2 M.		Angerer.
Aseptischer, fieberloser Verlauf. Progressiver Verfall der Kräfte.	26. Febr 77. Chronische Pneumonie.	1 M. 1 W.		König.
19. May, Erysipel von der Wunde aus.	23. May. Erysipel u. Septikämie von der jauchenden Wunde aus.	2 M. 2 W.		Charité Annalen
Trotz energischer wiederholter Aetzung mit Chlorzink konnte die Wunde nicht aseptisch gemacht werden.	14. Juli 75. Septikämie.	4 Tage.		Lind- paintner.
	12 Stunden nach der Op. Allgemeine Erschöpfung.	12 Std.		Barden- heuer.
	29. April 75. Pyämie.	10 Tage.		Barden- heuer.
Anfangs guter Verlauf; im Beginn der dritten Woche füllt sich die fossa iliaca wieder mit Eiter; Eröffnung desselben über Poup; starke Secretion, Decubitus, Collaps.	27. Jan. 74. Erschöpfung.	1 M. 1 W.		Volkmann

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
113	6 a. m. l.	coxitis seit 1 Jahre	Senkungsabscess an d. äusse- ren Seite des Oberschenkels, grosser Iliacalabscess in Folge von Pfannenperforation.	18. Juli 73. Resection unter troch. Pfannenperforation.
114	14 a. m. r.	coxitis seit 1 1/2 Jahren, mit Exten- sion, Ver- bänden lange behandelt.	Pat. stark abgemagert, fort- währendes Abendfieber.	23. Januar 74. Resect. unter troch. Fast der ganze Boden der Pfanne perforirt, sehr be- trächtlicher Beckenabscess. d. sich zum rectum hinabgesenkt hat und 3—4 flache Knochen- stücke enthält, die d. Pfanne angehören.
115	5 a. w. l	coxitis seit 1/2 Jahr (?).	Kindskopf grosser Iliacalabs- cess, Eitersenkung am grossen trochanter.	11. März 73. Resection unter troch. Primär ossaler Process. Enge Perforation d. Pfanne; nach Erweiterung derselben entleeren sich ungeheure Mas- sen käsigflockigen Eiters.
116	7 a. m.	coxitis seit einigen Jahren.	Pat. im höchsten Grade er- schöpft durch langwierige Ei- terung. Es wurde innerhalb kurzer Zeit der tödtliche Aus- gang erwartet.	9. Novbr. 75.
117	30 a. m.	coxitis.	Pat. im höchsten Grade er- schöpft durch langwierige Ei- terung. Es wurde innerhalb kurzer Zeit der tödtliche Aus- gang erwartet.	28. Aug. 75.

D a s S t a d i u m

118	11 a. m. r.	coxitis seit ca 10 Monat.		10. Novbr. 74.
-----	-------------------	------------------------------	--	----------------

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes, Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Durchaus antisept. Verlauf, keine locale Reaction, nur wenige Tage Fieber. Doch eigenthümliche Collapszu- stände mit Erbrechen ver- bunden, Urin abwechselnd schwarzgrün. Wunde bis auf eine Fistel geschlossen.	22. Aug. 73. Tod wahr- scheinlich in Folgen chro- nischer Carbol-Intoxication.	5 W.		Volkmann.
7 Tage mässiges Fieber, geringe Secretion, Wunde wird rasch fistulös, schliesst sich aber nicht weiter. März stärkere Secretion aus derselben. Allgem. Ver- fall der Kräfte.	16. Aug 74. Allgemeine Tuberculose, Beckenabscess ausgeheilt.	7 M.		Volkmann.
Keine örtliche Reaction, Secret. sehr gering, Wunde geheilt bis auf Fistel, die Wände d. grossen Becken- abscesses verklebt. Kurz vor dem Tode die Wunde völlig geschlossen.	3. May 73. Basilarme- ningitis.	1 M. 3 W.		Volkmann.
	10. Decbr. Pyämie.	1 M.		Barden- heuer.
Wundverlauf äusserst gün- stig. 5 Mon. n. d. Operat. wird ein Stück vom oberen femurende entfernt.	29. März 76. Pat. fiel plötz- lich, in der Unterhaltung begriffen, zusammen u. war tot. D. Section hat abso- lut nichts nachgewiesen.	7 M.		Barden- heuer.

nicht feststellbar.

Heilungsverl. anfangs sehr günstig; mit d. Schlecht- werden des Allgem. Befin- dens Verfall der Wunde und Granulationen.	11 Jan. 75. Miliartubercu- lose der Hirnhäute, Lunge, Leber, Milz, Niere.	2 M.		Esmarch.
--	---	------	--	----------

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
119	16 a. m. r.	coxitis.		1876. Resection.
120	4 a. w. l.	coxitis sup- purativa.		24. April 77.

III. Tabelle: die unvollständig Geheilten

F ä l l e m i t

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
121	12 1/2 a. w. l.	coxitis in Folge einer acut. Osteo- myelitis seit 3 1/2 Monaten.	Ernährungszustand n. Allge- mein Befindn. vortrefflich, kein Fieber. In d. Gegend d. troch. deutliche Fluctuation.	7. May 78. Aus dem Abscess wird reichlicher, dicker Eiter entleert. Der Kopf war ab- gelöst.
122	5 a. m. r.	coxitis seit 1/2 Jahre.	Spontane Luxation, keine Abs- cesse.	27. April 78. Kopf u. troch. werden entfernt. Im Gelenk wenig Eiter, spongiosa mit Eiterheerd. durchsetzt, Pfanne bis auf d. hinter. Rand gesund.
123	7 a. m. r.	coxitis fun- gosa seit 11 Monaten.	Mittelmässig genährter Knabe; sonst gesund. Am troch. Fisteln seit 8 Mon. Gelenk ankylotisch.	30. Juni 75. Resection unter troch. Kopf entknorpelt, cariös, ebenso collum.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Datum des Todes; Todes-Ursache.	Tod erfolgte nach der Operation.	Bemer- kungen.	Name des Autors.
Mangelhafte Anlegung des Verbandes, schwere Septikämie, rascher Tod.	Septicämie.	wenige Tage.		Saxtorph.
Carbolintoxication; einige Tage nach d. Op. Verband durch Harn u. faeces sehr verunrein., worauf sogleich hohe Temperatur; d. Wunde jaucht stark, 2 heftige Schüttelfröste.	2. May 77. Pyämie.	10 Tage.		Aschenborn.

und noch in Behandlung Verbliebenen.

g u t e r P r o g n o s e .

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
Fieberloser Verlauf, Appetit und Allgem. Befinden gut.	13. Juni 78. Die Wunde fast ganz mit guten Granulationen geschlossen. Pat. geht ohne Verband an Krücken mühelos umher. Stellung d. Extrem. vollkommen gut. Keine Verkürzung.			Lücke.
Heilung mit sehr geringer Eiterung. 15. Juli kleiner Absc. an d. äusseren Seite der Hüfte. Periostitis des unter. Femur-Endes, welche gut ausheilt. Septbr. Abscess an d. vorderen Seite des Gelenks, Incision.	29. Octbr. 78. Wunden geheilt bis auf eine oberflächliche Fistel. Active u. passive Beweglichkeit gut. Geht mit Taylor, Verkürzung 2 1/2 Cm.			Körte.
Geringes Fieber, mässiger, guter Eiter. Allgem. Befinden gut. Nachträgliche Entferng. rauher Knochenstücke. Im Decbr. Gehversuche; d. Fisteln verkl. sich.	Patient bei guten Kräften, wird 1 Jahr n. d. Operat. zur vollständigen Ausheilung in's Bad geschickt.			Czerny.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
124	13 a. w. l.	coxitis fun- gosa seit 6 Monaten.	Ernährung ziemlich gut. Fis- telgänge, einer führt in's Ge- lenk. Crepitation.	24. May 76. Gelenk u. Umge- bung mit fungös. Granul. be- setzt. Resect. unter troch. Ace- tabulum wird ausgekratzt, ebenso die Fisteln. Haut unterminirt.
125	14 a. w. l.	coxitis fun- gosa seit ca. 9 Monaten.	Pat. gut genährt, grosser Abs- cess vorn seitlich, übelrie- chender Eiter, Fieber.	10. Juli 76. Resection unter troch. Knochen morsch, Knor- peldefect am Kopf. 3 Abscesse in der Umgebung d. Gelenks.
126	9 a. m. r.	coxitis fung. seit ca. 4 J., sehr schlei- chender Ver- lauf.	Das Allgem. Befinden hat we- nig gelitten, grosser Abscess am troch. aufgebrochen, Fistel- gang zum rauhen Schenkelkopf.	25. Juli 76. Knorpeldefect am Kopf mit Vertiefungen. Re- section unter trochanter.
127	13 a. w.	coxitis seit ca. 1 1/2 Jahr.	Kräfte ziemlich gut, innere Or- gane gesund, Fistelbildungen.	Septbr. 76. Ossale Ankylose, Resect. unter troch.
128	7 a. m. r. u. l.	coxitis dupl. seit über 2 Jahren.	Sehr zartes Kind aus tubercu- löser Familie. Linkerseits ein Abscess.	20. May 75. Resect. der linken Hüfte. 29 Juli 75. Resection der rechten Hüfte unter troch.
129	6 1/2 a. m. r.	coxitis seit über 1 Jahr.	Allgem. Befinden ziemlich be- friedigend, Fluctuation in der regio glut., in d. regio ingui- nalis ausgedehnte Fluct. bis in die fossa iliaca.	5. Decbr. 79. Kopf fehlt, col- lum und troch. sind cariös, ebenso acetabul., aber keine Perfor. Resect. unter troch. Starke Eiterentleerung aus d. Tiefe, Contraapertur in der regio glut.
130	6 a m.	coxitis fung. seit über 7 Monaten	Schlechter Kräftezustand, gro- sser Abscess über trochanter.	31. Aug. 70. Resection unter troch. Kopf cariös, cariöse Stellen im acetabulum.
131	5 a m.	acut. purulente synovitis in Folge von Trauma.		1875. Gelenk voll Eiter, Pfan- nenknorpel ganz zerstört.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
Mässiges Fieber u. Secre- tion, die Benarbung schreit- et nicht nach Wunsch vor- wärts. Allgem. Befinden gut. Vorübergehend Car- bolintoxication. 30. Sept Pat. geht im Stützapparat.	Pat. geht hinkend mit Stock im Apparat, Verkürz. 5 Cm. Active Flex. 115°, freie Ro- tation. Ab- u. Adduct. mit Hilfe des Beckens. Fisteln.			Czerny.
Collaps, Carbolurin vor- übergehend, mässige Eite- rung, Allgm. Befinden sehr befriedigend, kleine Abs- cesse und Fisteln.	Allgem. Befinden gut, Ver- kürzung 8 Cm., geht in Ma- schine mit Krücken u. Stock, active Beweglichkeit ziem- lich frei.			Czerny.
Mässige Eiterung, ausge- zeichnetes Allgm. Befinden. Resect. - Wunde vernarbt bis auf 2 Fistelgänge.	Blühendes Aussehen, geht mit Stock u. 3 Cm. Absatz bequem eine Stunde weit. Bewegung nicht ganz frei; wenig secernirende Fistel.			Czerny.
	Gelenk activ beweglich, geht mit Taylor. Ver- kürzung 3 Cm.			Geissel.
	Links Heilung vollständig, rechts mässige Fistel. Pat. hat sich sehr erholt, geht mit einem Gehbänkchen, 3 Schritte ohne Unter- stützung; Gelenk. activ mehr beweglich als vor d. Oper.			Volkmann.
Decubitus im Kreuz; reich- liche Eiterung. 14. Apr. 80. Resect. Wunde fast völlig geschlossen, Contraöffnung in gutem Verschluss begrif- fen. Geringe Eiterung.	April 80. Allgem. Befinden gut, Appetit gut, Pat. klagt wenig üb. Schmerzen, sitzt auf einem Stuhl, macht Geh- versuche mit Krücken.			Schmitz.
Vorübergehende Carbolin- toxication. Sehr langsamer Heilungsprocess, Allgem. Befinden befriedigend.	März 71. Pat. geht täglich in's Freie mit Krücken. Wird an den Strand ge- schickt, gute Prognose.			Hulke.
	1876. Wunde noch nicht völlig geheilt, doch geht Pat. ein wenig.		Hat sich später sehr verbessert	Mac Cormac.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
132	10 a. m. l.	coxitis seit 6 Monaten in Behand- lung.	Periarticuläre Abscesse.	17. März 77. Pfanne stark ca- riös, Resect. unter troch.
133	4 a. m. r.	coxitis seit Monaten.	Abscesse.	27. Jan. 76. Reichlicher Eiter im Gelenk, Kopf usurirt, Pfan- nenrand necrotisch.
134	7 a. w. r.	coxitis, 3 Monate mit Exten- sion behandelt.	Ziemlich gut genährtes Kind, Absc. unterhalb Poup. Band.	27. Septbr. 78. Wenig Eiter im Gelenk. Kopf an d. Inser- tion des lig. teres und an der entgegengesetzten Seite abge- plattet. Auf dem Durchschnitt des sehr porösen Kopfes einige hellgelbliche Stellen. Pfanne, trochanter, Kapsel gesund.
135	25 a. m. l.	coxitis seit ca. 1 $\frac{3}{4}$ Jahren.	Fehlerhafte Stellung, Gelenk- gegend ziemlich stark ge- schwollen, derb infiltrirt, meh- rere Fistelnarben u. 2 offene Fisteln. An d. Innenseite des Schenkels eine eigrosse elasti- sche Geschwulst, troch. 4 Cm. über Nélaton.	16. Jan. 77. Kopf völlig zer- stört; Hals vom troch. abge- sägt. In der Gelenkhöhle fun- göse granul.
136	10 a. m. r.	coxitis seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren.	Troch. 5 Cm. über Nélaton; vom troch. nach abwärts fluc- tuirende Schwellung. Patient sonst anscheinend gesund.	24. Juni 76. Bei der Incision entleert sich guter Eiter. Kopf und Hals bedeutend reducirt, Pfanne perforirt.
137	7 a. m. l.	coxitis seit 4 Jahren.	Abscedirung und Fistel, Pat. blass, schlecht genährt, im Harn kein Eiweiss. Troch. über Nélaton.	28. Decbr. 80. Kopf fast ganz geschwunden, nur eine kleine Spange vom collum, Pfanne ganz rauh, eine Fistel führt zum oberen Rand derselben, 2 necrot. Knochenstücke.
138	5 a. m.	coxitis fe- moris seit 6 Monaten.	Aus gesunder Familie, leid- lich entwickelt. Betheiligung des Gelenkes seit 2 Monaten.	9. Juli 80. Resection.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
Carbolintoxitation. 21. Apr. ein Absc. geöffnet; darauf vortrefflicher Heilungsver- lauf.	15. Aug. 77. Ziemlich gute passive und geringe active Beweglichkt. Anfang Augt. noch 2 kleine, sehr wenig secernirende Fisteln.			Aschenborn.
Wundfieber gering, Heilng. d. Wunde nicht per prim. Ein Absc. am 29. März ge- öffnet, ein zweiter am 17. April.	May 76. Eine nur sehr we- nig eiternde Fist., d. Knabe gut genährt, Stellung der Extrem. sehr günstig.			Angerer.
Allgemein - Befinden gut, ebenso Wundheilung.	7. Decbr. 78. Auf Wunsch der Eltern entlassen. Ver- kürzung $\frac{1}{2}$ Cm. Eine 3 Cm. lange Fistel vorn führt in Granulationsgewebe, nicht auf Knochen; Sekretion mässig, Bewegng. gut. Seit 5 Wochen geht Patient an Krücken, Allg. Befind. gut.			Lücke.
Befinden d. Pat. vollständig befriedigd. Die Op.-Wunde heilt gut. Es bestehen noch eiternde Fisteln, wahr- scheinlich durch necro- tische Knochenstücke un- terhalten.	Patient wird entlassen.		4. Nov. 78. Nachträglich sind Pat. in einem ande- ren Kranken- hause ein- zelne grosse Splitter ent- fernt wor- den. Er be- findet sich sehr wohl, völlige Hei- lung steht demnächst in Aussicht.	Pravitz.
Nach der Op. bedeutender Collaps und Erbrechen. Langsamer Verlauf.	29. Aug. Entlassen mit einer Krücke und einer kleinen, etwas nässenden Fistel. Verkürzung verhält- nissmässig gering.			Gutbier.
Im späteren Verlauf muss ein Abscess am Schenkel gespalten werden. Uebri- gens verläuft die Heilung gut. Verbleibt im Kranken- bestand.	Guter Heilungsverlauf.			Leisrink.
Nachoperation Mitte Febr. 81, Höhle im trochanter.	Ende März 81 in guter Heilung.			Sonnenburg.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
139	8 a. m. l.	coxitis seit 3 Jahren.	Aus gesunder Familie, bis da- hin stets gesund; kräftiges, gesundes Kind. Abscessbil- dung.	Ende 1880. Resectio anterior; Kopf und Pfanne cariös.
140	5 a. m.	coxitis.	Aus gesunder Familie, Sen- kungsabscess, Pat. etwas elend.	1880. Resection.
141	8 a. w. r.	coxitis seit 3 Monaten	Pat. abgemagert, anämisch, decub. in sacro et capit. fibu- lae. Fluctuation am troch. Schwellung in der regioin- guinalis, grosser Abscess in der fossa iliaca. Crepitation.	14. Aug. 79. Kopf liegt gelöst in der Pfanne, letztere cariös, nicht perforirt. Aus d. Tiefe der Wunde grosse Eitermen- gen. Resection unter troch.
142	2 1/2 a. w. l.	coxitis fun- gosa seit ca. 12 Monat.	Sehr heruntergekomm. Kind, mehrere grosse periarticuläre Abscesse.	25. Nov. 1873. Der cariöse Kopf wird abgesetzt.
143	7 a. m. r.	coxitis fun- gosa seit 9 1/2 Monaten.	Anämisch, stark reducirt durch Fieber, 3 grosse Absc., Fisteln.	22. Nov. 71. Kopf u. Hals ca- riös, Resect. über troch.
144	7 a. m.	coxitis fun- gosa seit über 3 Jahren.	Pat. stark reducirt, 3 Fisteln von mehreren Abscess. führen zum Gelenk und entblössten Knochen.	24. Jan. 72. Kopf, Hals und Stück von troch. werden ab- gesetzt.
145	11 a. m r.	coxitis fun- gosa seit 7 Jahren.	Pat. sehr schwächlich u. her- untergekommen, seit 3 Jahren Eiterung aus einem Abscess, mehrere Fisteln.	20. März 72. Resection unter trochanter.
146	8 a. m. l.	coxitis seit 1/2 Jahr.	Grosser Abscess, Patient von Kräften gekommen.	1876. Die cariöse Pfanne wird ausgemeisselt.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
	Ende May 81 fast geheilt			Sonnenburg.
Pat. erholt sich sehr nach der Operation.	März 81. Pat. gut genährt, aber noch mit Fisteln be- haftet.			Sonnenburg.
Prima intent. in 8 Tagen bis auf Drain. 5. October Wunde ganz geheilt. Ende Decbr. sehr heftiges Ery- sipel vom decubitus aus- gehend. 2 Jan. 80 öffnet sich d. Wunde, starke Eite- rung, 3 Sequester. 3. April alle Wunden, auch decubi- tus geheilt.	April 80. Allgem. Befin- den ziemlich gut, Temp. in der letzten Zeit anhal- tend normal, Pat. geht auf Krücken mit Hilfe der Wärterin.			Schmitz.
Normale Temperat., Aus- sehen der Wunde andau- ernd gut, Allgemein Be- finden gut.	21. Febr. 74. Entlassen mit einem Schienenappa- rate, Stellung des Gliedes gut.			Mac Cormac.
Heilungsprocess gut, ver- zögert durch geringe caries im os pubis.	8. May 72. Verkürzng. 2", geht mit Krücken recht schnell, alle Fisteln bis auf eine oberflächliche in der Schenkelbeuge geschlossen.			Gay.
Allgem. Befinden und Hei- lungsverlauf gut.	25. April 73. Das Glied in sehr guter Stellung, geht mit Hilfe eines Stockes, Alles bis auf 2 mässig secerni- rende Fisteln geschlossen.			Gay.
Die Wunde heilt gut, das Allgem. Befinden hebt sich.	1. May 72. Geht gut umher an einer Krücke, Wunde fast geheilt, das Glied in vorzüglicher Stellung.			Gay.
Nach 3 Wch. war d. Wunde in ihrer ganzen Ausdehnung bis auf 2 kleine Fisteln per prim. geheilt. Die Fisteln blieben noch 2 Mt. bestehen.	Kein kranker oder loser Knochen zu fühlen. Geht mit Taylor.			Krabbel.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
147	7 a. w. r. u. l.	coxitis dupl. seit 1 Jahr 3 Mon. be- handelt.	Pat. äusserst schwach durch starken Eiterverlust, Urin ei- weisshaltig. Exitus let. stand in Kurzem zu erwarten.	15. Aug. 75. Resect. d. einen Gelenks. Anfang 76. Resect. des anderen Gelenks.
148	4 a. m.	coxitis.	Pat. durch langes Kranken- lager sehr heruntergekommen. Spätes Stadium d. Erkrankng.	1879. Da die Erkrankung auch den troch. ergriffen hatte. Re- section unterhalb desselben.
149	16 a. m.	coxitis in Folge von Osteo- myelitis des Beckens. Patient er- krankte vor ca. 6 Woch.	Pat. sehr heruntergekommen, an der inneren und äusseren Seite der Darmbeinschaukel grosse Abscesse, Absc. an der äusseren Seite des Oberschen- kels fast bis zum Knie herab.	27. März 80. Die Abscesse am Darmbein u. Schenkel werden geöffnet, letztere communicirt mit dem Gelenk. Kopf total luxirt, ohne Knorpel, Pfanne erweitert, Knorpel zerstört, d. Fugen d. Pfanne gelöst, durch dieselbe entleert sich bei Druck viel Eiter aus dem Becken.

Fälle mit getrübter oder

150	8 a. w. l.	coxitis.	Spontane Luxation.	15. Febr. 77. Kopf und Hals werden entfernt, Pfanne an mehreren Stellen cariös.
151	7 a. w. l.	coxitis seit 18 Monaten.	Abscedirung, Fisteln, totale Zerstörung des Gelenks.	12. Juni 75. Resect. in der Höhe des troch., Auslöfflung der Pfanne.
152	9 a. w. r.	coxitis, 8 Monate in Behandlung mit Extension.	Grosser Senkungsabscess am Oberschenkel.	9. Jan. 77. Kopf und Pfanne erheblich cariös; Kopf und Hals mit einem Theil des troch. werden entfernt.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
19. Fbr. 76 wurde ein necrt. Splitter entfernt. D. Verlauf auch nach d. II. Resect. ein günstiger u. dürfte die Heilung nach d. doppelseitigen Resection mit Sicherheit zu erwarten sein.	29. Aug. 76. Pat. kann schon auf 2 Krücken umhergehen. Prognose sehr günstig.			Barden- heuer.
	Pat. wird in gutem Ernährungszustande u. ziemlich geringer Verkürzung mit Tayl. entlassen, in welchem er gut geht. Secernirende Fisteln.			Bericht über Bethanien.
Wundverlauf sehr gut, bis auf Drainfistel prim. intent. Nachträglich Eiterretention in der Adductoren-Gegend; Incision.	Der Kräftezustand hat sich beträchtl. gebessert, mässig secernirende Fisteln. Pat. geht sicher seiner Genesung entgegen.			Driessen.

durchaus schlechter Prognose.

Mitte April Necrose am Femurstumpf. Abscedirung aussen am Schenkel. Darauf heilen die Wunden gut, Pat. erholt sich rasch.	15. Septbr. 77. Pat. steht auf, Gelenk gut beweglich und schmerzlos. Bald darauf neuer Abscess an der vorderen Seite d. Gelenkes.			Aschenborn.
Lange fistulöse Eiterung.	27. Febr. 77 Entlassen mit mehreren Fisteln, doch gehfähig, Taylor.			Langenbeck.
Schwere Carbolintox. Wunde musste mehrmals ausgekratzt werden. Nachresection des oberen Femurendes wegen caries, Abscessbildung gering Langsame Heilung, doch erholt sich Patient sehr.	17. Sept. 77 geht mit Taylor, Gelenk fast ankylosirt, Verkürzung 5 Cm. mehrere, ziemlich stark eiternde Fisteln.			Aschenborn.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
153	12 a. m. r.	coxitis seit 1/2 Jahre.		18. Juli 78. Die von fung. Massen durchsetzte Kapsel wird ausgeschnitten und aus- gekratzt. Resect. unter troch.
154	3 1/2 a. m. l.	coxitis seit mehreren Wochen ver- geblich mit Extension behandelt.	Abscess an der äusseren Seite.	24. Juli 78. Resection unter troch. Pfanne erkrankt.
155	5 a. m. l.	coxitis seit 2 Jahren 3 Monaten.	Abscedirung am troch., breite Spaltung der Weichtheile da- selbst wegen ausgedehnter Unterminirung. Pat durch an- haltendes Fieber geschwächt, sonst in guter Verfassung.	31. März 80. Kopf entknor- pelt und gelöst; die Sonde dringt bis zum lig. Poup. vor, es entleert sich hier viel Eiter.
156	3 1/2 a. w. r.	coxitis fun- gosa seit 5 Monaten.	Der Kräftezustand hat sehr gelitten, die inneren Organe scheinen gesund. 2 Abscesse.	1. Juli 73. Kopf wird abge- setzt, ausgedehnte Necrosis acetabuli mit Perforation.
157	7 a. m. l.	coxitis seit über 1 Jahr mit Gyps- und Streck- verbänden vergeblich behandelt.	Periarticuläre absce., Abend- fieber, zeitweilig Albumimerie.	9. May 77. Kopf fast ganz zerstört, Pfanne stark cariös. Resection unter troch.
158	6 a. m. r.	coxitis seit 2 Jahren.	Spontane Luxation; grosser, mit zahlreichen Fisteln mün- dender Abscess auf der hinte- ren Seite des Gelenks.	30. Juni 77. Gelenk voll Eiter mit dem Abscess communici- rend, Kopf gänzlich zerstört, Pfanne von Knorpel entblösst.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
Anfangs gute Heilung. Anfang Sept. starke Eiterung; Auskratzung und Aetzung.	Noch in Behandlung; Fisteln mit schlaffen Granulationen. Lungen gesund, Urin eiweissfrei			Körte.
Bis October befriedigender Heilverlauf. Narbe bricht auf, necrotische Stelle am Becken und femur, Auskratzung der Wunde, starke Eiterung, Fieber.	Noch in Behandlung, starke Eiterung, Fieber, Oedeme, Urin eiweisshaltig.			Körte.
Allgem. Befinden recht gut, die Wunden secerniren mässig Eiter.	14. April 80. Ziemlich beträchtliche Eiterung, gute Granulationen. Temp febril, Pat. sonst in ziemlich gutem Zustande.			Schmitz.
Allgem. Befinden hebt sich, Pat. nimmt zu, doch von Zeit zu Zeit bilden sich neue Abscesse.	Pat. noch in Behandlung, die Prognose getrübt durch das Fortbestehen der ostitis acetabuli.			Halke.
Starke Eiterung, Fieber u. Husten durch chron. Pneumonie, die sich im Juni entwickelt. Abmagerung und Verfall bei mässiger Eiterung. Verlässt mit sehr schlechter Prognose das Hospital Ende October.	Sehr schlechte Prognose.			Aschenborn.
Zuerst aseptisch; starke Eiterung, zunehmende Vergrösserung der Leber, geringe Albuminurie, Vereiterung der linken synchondrosis sacro-iliaca, chron. Pneumonie. 30. Juni als Todescandidat entlassen.	30. Juni als Todescandidat entlassen.			Knig.

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
159	4 1/2 a. w. l.	coxitis.	Spontane Luxation.	24. April 77. Pfanne cariös; Kopf und Hals werden ent- fernt.
160	13 a. m. l	coxitis seit 1 1/2 Jahren,	Pat. sehr heruntergekommen; durch langwierige Eiterung erschöpft.	26. Febr. 75.

E i n e P r o g n o s e

161	7 a. m. l.	coxitis seit 7 Monaten in Behandlung.	Abscess aussen am Gelenk.	2. März 77. Resect. unter troch. Pfanne stark cariös.
162	9 a. m. l.	coxitis seit 2 Jahren.	Abscess an d. äusseren Seite, fehlerhafte Stellung d. Beines.	23. Aug. Resect. unter troch. Pfanne wird ausgeschabt.
163	8 a. m	coxitis seit 7 Monaten.	Schwächlicher, sehr schlecht genährter Knabe, Fistel, spon- tane Luxation.	23. Febr 75. Kopf sehr ver- kleinert, Pfanne cariös, zer- klüftet

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
Eiterung in Folge von Stumpfnecrose am femur. Sept. Senkungsabsc. hinten am Oberschenkel. Vorüber- gehendes Erysipel d. Bei- nes. Starke Abmagerung, Infiltration der Lungen- spitzen, Amyloid von Leber, Niere, Darmtuberculose.	Schlechte Prognose.		April 78 in höchst elen- dem Zu- stande ent- lassen.	Aschenborn.
4. Dec. wurde ein 1 1/2" lan- ges Stück des femur ent- fernt.	14. März 76. Pat. schwach, Urin sehr eiweisshaltig; exitus letalis in einigen Monaten zu erwarten.			Barden- heuer.

i s t n i c h t m ö g l i c h.

15. May. Erysipel. Im Aug. ein Abscess. Langsame Hei- lung, mehrfache Auskratz- ung von wuchernden Gra- nulationen.	Anfang 1878 entlassen.			Aschenborn.
Die Wunde heilt per prim. bis auf Drain. Caries reci- div am femur, starke Eite- rung. Linkerseits eitrige Kniegelenkentzündung: an- tisept. Incision und Drain. des Gelenkes. 25 Decbr. Knie geheilt	Noch in Behandlung, an der Hüfte starke Eiterung, Urin eiweissfrei.			Körte.
Eiterung während d. ersten Tage sehr profus.	Operationswunde geheilt, Fistelöffnungen mit Eite- rung, Pat. noch sehr ent- kräftet.	3 M.		Angerer

N ^o	Alter, Geschlecht, Seite.	Krankheit, Dauer der- selben, Behandlung.	Status praesens zur Zeit der Operation.	Datum der Operation, anatomischer Befund bei derselben.
164	10 a. m. l.	coxitis, 2 Jahre 3 Monate. Seit 3 Mo- naten mit Extension und Ver- bänden be- handelt.	Allgemeinzustand zieml. gut. Unter spin. ant. sup. oss. il. ein faustgrosser Absc.	6 Juli 78. Entleerung des Abscesses. Kapsel degenerirt, Kopf am Ansatz des lig. teres rauh, Pfanne granulös.
165	Kind.	coxitis.	Patient durch langes Kranken- lager sehr heruntergekommen, spätes Stadium d. Erkrankung.	1879. Da d. Erkrankung auch den trochanter ergriffen hatte, Resect. unterhalb desselben.
166	Kind.	coxitis	Patient durch langes Kranken- lager sehr heruntergekommen, spätes Stadium d. Erkrankung.	1879. Da d. Erkrankung auch den trochanter ergriffen hatte, Resect. unterhalb desselben.

Verlauf der Krankheit, Complicationen.	Zustand des Patienten zur Zeit des Berichtes.		Bemer- kungen.	Name des Autors.
Bei befriedigendem Allgem. Befinden schreitet die Hei- lung gut vorwärts.	10. Septbr. 78. Pat. wird mit gut brauchbaren Ex- tremitäten geheilt entlassen. Eine Verkürzung kaum vor- handen.		Nach einigen Monaten voll- kommenen Wohlseins trat wieder Recidiv des ostitischen Proc. auf. Pat. wurde wieder mit offenen Fi- steln aufge- nommen. Noch in Be- handlung.	Lücke.
	Noch in Behandlung.			Bericht über Bethanien.
	Noch in Behandlung.			Bericht über Bethanien.

Von diesen 166 antiseptisch ausgeführten Hüftgelenk-resectionen sind 120 zu Ende beobachtet, d. h. bis zum Eintritt des Todes oder eines gewissen therapeutischen Erfolges, soweit derselbe in einer vollständigen Heilung der Resectionswunde ohne hinterbliebene Fisteln gegeben ist. Wie weit hier die Bezeichnung „Heilung“ dem vollen Begriffe des Wortes nahe kommt, lasse ich nach meinen in der Einleitung gemachten Auseinandersetzungen dahingestellt; ich will nur bemerken, dass die nach der Entlassung des Patienten fortgesetzte Beobachtungsdauer in 20 Fällen angegeben ist und im Durchschnitt über 8 Monate beträgt, freilich eine zu kurze Zeit, um sich über die endgültigen Schicksale des Patienten ein zuverlässiges Urtheil bilden zu können.

Von diesen 120 zu Ende beobachteten Fällen

sind geheilt $76 = 63,3 \%$

sind gestorben $44 = 36,7 \%$.

Wenn ich weiter noch einige summarische Berichte heranziehe, die ohne Angabe über das erzielte Heilresultat bei streng antiseptischer Behandlung, aus grösseren Hospitälern und Kliniken veröffentlicht worden sind, so ergeben sich für Erfolg und Mortalität folgende Zahlen:

1. G u y's H o s p i t a l¹⁾ mit 64 Fällen.

Von diesen sind 8 gestorben; 8 mal Misserfolge, 48 mal gute Resultate.

Die Misserfolge zur Mortalitätsziffer geschlagen, giebt

eine Mortalität von $16 = 25 \%$

gute Resultate $48 = 75 \%$

1) Holmes, Address in surgery etc. Med. Times and Gaz. 1880. Vol. VI, pag. 202.

2. Volkmann'sche Klinik ¹⁾ mit 48 Fällen;
von diesen starben 14 = 29,2 % Mortalität
blieben am Leben 34 = 70,8 %.
3. Kopenhagener Klinik des Prof. Sax-
torph ²⁾ mit 35 Fällen;
von diesen starben 14 = 40 % Mortalität.
4. Die nicht zu Ende beobachteten Fälle meiner
Sammlung habe ich je nach der zu stellenden
Prognose in 2 Gruppen getrennt; die eine von
denselben enthält 29 Fälle mit guter Prognose,
die andere 11 Fälle mit getrübter oder letaler
Prognose. Uebersetze ich diese Prognosen in
„geheilt“ und „gestorben“ so erhalte ich
27,5 % Mortalität
72,5 % Heilung.

Trotzdem diese Zahlen nicht Anspruch auf volle Zuverlässigkeit erheben, da wir über die Endresultate nichts erfahren, so kann man ihnen, wie ich glaube, einen statistischen Werth nicht ganz absprechen, denn die Grenzen, innerhalb welchen die Mortalität der vier letztangeführten Gruppen schwankt, sind keine sehr weiten (25, 27, 29 und 40 %), und liesse sich demnach wol auf eine gewisse Gesetzmässigkeit schliessen, die in der Ziffer zum Ausdruck kommt. Die Durchschnittsmortalität dieser letzten 187 Fälle beträgt ca. 30 %; sie liegt demnach nur wenig unter der sich aus den Tabellen ergebenden von 36,7 % und scheint mir diese gewiss nicht zufällig so nahe kommende Uebereinstimmung doch immer beachtenswerth und geeignet, die Zuverlässigkeit meiner Mortalitätsberechnung zu erhöhen.

1) Verhandlungen der deutsch. Ges. für Chir. 1877, pg. 59.

2) Cannstatt's Jahresbericht für 1879.

Vergleiche ich nun die von mir gewonnene Sterblichkeitsziffer mit der von Leisrink¹⁾ für die Hüftgelenkresectionen aus der vorantiseptischen Zeit festgestellten, so ergiebt sich ein recht beträchtlicher Unterschied und man wird sich wol kaum der Ueberzeugung verschliessen können, dass auch die Hüftgelenkresectionen unter dem Schutze des antiseptischen Verfahrens ganz entschieden an Sicherheit des Erfolges gewonnen haben; denn bis auf die Decimalstellen hat sich das Verhältniss von Heilung und Mortalität im Vergleich zur früheren Zeit vollständig umgekehrt. Der Leisrink'schen Mortalität von ca. 64 % stehen jetzt ebensoviel Heilungen gegenüber und die Leisrink'sche Heilungsziffer deckt sich mit unserer Mortalitätsziffer von ca. 36 %.

Ein Misserfolg der Operation in dem Sinne, dass nach der Resection eine Exarticulation nothwendig gewesen wäre, ist unter meinen Fällen kein einziges Mal verzeichnet.

Wenn ich die 14 Todesfälle aus dem oben citirten Volkmannschen Berichte hinzuziehe, so kann ich die Todesursache für 54 Fälle namhaft machen: Pyämie 5, Septikämie 4, (1 mal in Combination mit Erysipel), 1 mal acut progrediente Phlegmone des Beckenzellgewebes, 1 mal acute maligne Osteomyelitis des resecirten femur, 2 mal Carbolintoxication; Tuberculose 20, Amyloid 7, Erschöpfung 7 mal; caries ossis temporum 1, Collaps 3, marantische Thrombose der vena cruralis 1, Scarlatina 1, Verblutung in Folge von Arrosion der arteria iliaca durch scrophulöse Lymphdrüsen 1 mal.

Der besseren Uebersicht wegen will ich die Todesursachen in folgende Kategorien unterzubringen suchen:

1) Leisrink, Zur Statistik der Hüftgelenk-Resectionen bei Caries und Ankylose. Langenbeck's Archiv. Bd. XII.

1) Wundcomplicationen. Dahin gehören: Pyämie, Septikämie (1 mal mit Erysipel).

2) Todesursachen, die mit der Operation in direktem Zusammenhange stehen: Carbolintoxication, acute progr. Phlegmone des Beckenzellgewebes im Anschluss an eine Ausschabung einer necrotischen Pfannenpartie, acute maligne Osteomyelitis femoris resecti.

3) Zufällige Todesursachen, die mit der Operation in keinem Zusammenhange stehen: Scarlatina, Arrosion der iliaca durch Lymphdrüsen.

4) Tod in Folge von inneren Organerkrankungen und Adynamie: Tuberculose, Amyloid, Erschöpfung, marantische Thrombose etc.

Procentarisch berechnet vertheilen sich die Todesursachen nach diesen Kategorien folgendermassen:

Todesursachen:

1) Wundcomplicationen 9 mal	= 16,6 %
2) Tod in Folge der Operation 4 mal	= 7,4 %
3) zufällige Todesursachen 2 mal	= 3,7 %
4) Tod durch Organerkrankungen etc. 39 mal	= 72,3 %

Die bei weitem überwiegende Zahl der Verstorbenen ist demnach an innerer Organerkrankung und Erschöpfung zu Grunde gegangen. Die wichtigste Rolle unter den Todesursachen spielen die Tuberculose mit 37 %, demnächst das Amyloid mit 13 % und die Erschöpfung mit 14,8 %. Leider ist in den Krankenberichten so gut wie gar nichts darüber gesagt, wieviel Patienten schon vor der Aufnahme mit Tuberculose und Amyloid behaftet waren. Gewiss hat eine schon vorher bestehende Complication mit diesen Leiden die Mortalitätsziffer nicht unbeträchtlich in die Höhe getrieben, und den Erfolg der Operation oftmals vereitelt. Dass die

Resection unter Umständen ein schon bestehendes Leberamyloid rückgängig machen kann, lehrt der eine Fall von Croft (Nr. 30), der unter seinen 44 leider nur zum kleinsten Theil antiseptisch behandelten Fällen noch ein zweites, gleichfalls sehr instructives Beispiel derselben Art anführt. Einen ähnlichen, heilsamen Einfluss auf den Verlauf der Tuberculose kann ich aus meinem Material nicht nachweisen, halte ihn auch nicht für wahrscheinlich, mit Ausnahme ganz früher Stadien der Erkrankung, wenn der Patient nach verhältnissmässig rasch überstandenen Krankenlager bei freiem Gebrauch seines Beines wieder unter möglichst günstige hygieinische Verhältnisse gebracht werden kann; wir sehen wenigstens nicht selten, dass der allgemeine Ernährungs- und Kräftezustand sich nach der Operation wesentlich verbessert.

Ich habe nun auch die Leisrink'sche Statistik auf die Häufigkeit der Wundcomplicationen durchmustert und finde dieselben in 82 Fällen, bei denen die Todesursache notirt ist, 16 mal vertreten, neben Pyämie, Septikämie und Erysipel auch Wund-Diphtheritis. Der Procentsatz aller zusammen beträgt 19,5 gegenüber dem meinigen von 16,7. Beim ersten Blick auf diese sich so nahe kommenden Werthe muss es auffallend erscheinen, dass die antiseptische Wundbehandlung, deren segensreicher Einfluss sich ja besonders in der Fernhaltung jener gefürchteten Feinde geäußert hat, bei den Hüftgelenkresectionen ein so ungünstiges Procentverhältniss hat aufkommen lassen und man könnte, wenn man eben nur mit der nackten Zahl rechnen wollte, zu dem unerfreulichen Schluss kommen, dass wir mit dem umständlichen Listerschen Verbands sehr wenig genützt, in 2 Fällen sogar durch Carbolintoxication den Tod des Patienten verschuldet hätten. Bei Berücksichtigung der

begleitenden Umstände erscheint die Sache jedoch in einem vortheilhafteren Lichte. Drei Patienten, Nr. 95, 108 und 109 kamen in elendestem Zustande mit bereits septischen Wunden in der Hüftgelenks-Gegend zur Operation, von welchen aus späterhin die Allgemeininfektion mit tödtlichem Ausgange erfolgte. Hier ist also unter höchst ungünstigen Auspicien operirt worden, denn wo die septische Jauchung sich bereits festgesetzt hat und sich in den Schlupfwinkeln der Gewebsspalten und weiter Unterminirungen der direkten Einwirkung der gegen sie gerichteten Arzneistoffe völlig entzieht, da vermag auch die sorgfältigste Handhabung der Antiseptik nur sehr wenig oder gar nichts auszurichten und können solche Fälle auch gerechter Weise bei der Beurtheilung ihrer Leistungsfähigkeit nicht zugelassen werden. Ebenso wenig Nr. 90, der allein durch ein unglückliches Versehen, wie die beigelegte Notiz ausweist, der Pyämie zum Opfer fiel; dieser Fall scheint mir viel mehr die Vorzüge des antiseptischen Verbandes in sehr überzeugender Weise zu illustriren, denn trotz der durch den Fremdkörper unterhaltenen heftigen Reizung hatte sich die Resektionswunde in kurzer Zeit bis auf die Drainfistel geschlossen und nahm der Wundverlauf erst von dem Augenblicke einen perniciosösen Charakter an, als man in der irrigen Deutung der sich erst spät einstellenden fieberhaften Reaction den antiseptischen Verband fortliess¹⁾.

Ein zweiter Fall von Pyämie Nr. 78 wurde durch eine intensive Verbrennung in der Kreuz-Steissbeingegend herbeigeführt bei sehr befriedigendem Zustande der Operationswunde.

Dieser Fall leitet mich zur Besprechung eines anderen Momentes hinüber, welches gleichfalls Berücksichtigung ver-

1) cf. Volkmann's Beiträge zur Chirurgie und Bericht für 1873, p. 59.

dient, wenn man in der Beurtheilung des Werthes der antiseptischen Methode gerecht sein will. Die exacte Durchführung der Antiseptik stösst, wie Jedermann weiss, auf besonders grosse Schwierigkeiten an allen denjenigen Körpertheilen, die in der Nachbarschaft des Afters und der Genitalien belegen sind, also auch bei den Resectionswunden der Hüfte. Trotz aller Cautelen am Verbande, trotz aller Aufmerksamkeit von Seiten des Wartepersonals lässt sich bei unachtsamen Patienten, namentlich bei kleineren Kindern eine Verunreinigung des Verbandstoffes mit Harn und Faeces mitunter garnicht vermeiden; ist aber einmal die Wunde mit den, an den Auswurfstoffen reichlich haftenden Infectionskeimen verunreinigt, so ist der ungestörte, typische Wundverlauf in der Regel vereitelt und wir sehen uns nun denselben Schwierigkeiten gegenüber gestellt, wie sie die 3 oben citirten Fälle darboten. Ich will jedoch von diesen, die Erfolge der antiseptischen Wundbehandlung schmälernenden Momente absehen, da sie ja immerhin, wie nicht zu leugnen, die schwachen Seiten derselben verrathen: wenn ich aber die Pyämie- und Septikämiefälle der Leisrinkschen Zusammenstellung genauer prüfe, so finde ich keinen einzigen, der unter denselben fatalen Verhältnissen zur Operation gekommen ist, wie meine 3 angeführten. Ich kann diese daher, ebenso wie den einen Pyämiefall, der durch die Verbrennung um's Leben kam, aus der Liste streichen, um meine Berechnung von einer erkannten Fehlerquelle zu entlasten und stelle die übrig bleibenden 5 tödtlichen Wundcomplicationen den 16 Leisrinkschen gegenüber. Der Procentsatz sinkt dann von 16,7 auf 10 herab, beträgt also nur wenige Bruchtheile mehr als die Hälfte des Leisrinkschen von 19, 5, ein Verhältniss, welches doch entschieden zu Gunsten der Listerschen Methode spricht.

In zweiter Reihe dürfte unter den Todesursachen wol die Erschöpfung das meiste Interesse in Anspruch nehmen wegen des auffallenden Unterschiedes, in welchem sie bei mir und Leisrink die Mortalitätsziffer beeinflusst. In meiner Todtenliste finde ich Erschöpfung 8 mal angegeben = 14,8 %, in der Leisrink'schen dagegen 37 mal = 45,1 %; es unterlagen also die nicht antiseptisch Resecirten etwas mehr als dreimal so häufig dieser Todesart.

Ich glaube diese auffallende Differenz lässt sich ganz ungezwungen einmal daraus erklären, dass man heutzutage unter dem Schutze der Antiseptik die Scheu vor dem operativen Eingriffe mehr und mehr abgelegt hat und trotz mancher Anfechtungen, die die Resection von conservativer Seite ja noch bis zur Stunde erfährt, im Grossen und Ganzen sich früher zum energischen Handeln entschliesst, wo die Widerstandskräfte des Patienten durch ein langes Krankenlager noch nicht so schwer erschüttert sind.

Ich finde aber noch ein anderes Moment, welches für die spätern Schicksale des Operirten gewiss nicht ohne Bedeutung ist und welches wir gleichfalls der antiseptischen Methode als Vorzug anrechnen müssen, nämlich die Abkürzung der Heilungsdauer. Zwar schwankt dieselbe immer noch innerhalb weiter Grenzen (von 5 Wochen bis zu 2 Jahren), da der Wundverlauf nicht selten durch auftretende Abscesse, durch Cariesrecidive und andere Störungen in die Länge gezogen wird, aber trotz alledem rückt der Patient in schnellerem Tempo seiner Genesung entgegen als früher, wie meine Durchschnittszahl von 6 Monaten gegenüber der Leisrink'schen von 8 Monaten (mit einer Schwankung von $1\frac{1}{2}$ Monaten bis über 2 Jahre) beweist. Wenn nun schon durch dieses Ersparniss von 2 Monaten Krankenlager die

Contribution auf die Widerstandskräfte des Patienten herabgesetzt wird, so kommen diesem noch die weiteren Vortheile zu Gute, die ihm das antiseptische Regime durch die Einschränkung der Eiterung und der febrilen Temperatursteigerung, kurz durch die Milderung des ganzen Wundverlaufes in reichlichem Maasse gewährt.

Die Tuberculose ist in meiner Casuistik mit 37 % unter den Todesursachen vertreten, bei Leisrink dagegen nur mit 18 %. Es wäre gewiss sehr irrig, aus dieser beträchtlichen Differenz der Procentzahl den Schluss zu ziehen, dass bei der antiseptischen Behandlung der Entwicklung der Tuberculose ein freier Spielraum gegeben sei, als vormalis. Die eben dargelegten, mit der Antiseptik verbundenen Vortheile hätten vielmehr der Hoffnung Raum geben können, dass es uns besser gelingen werde, jene verderbliche Complication einzuschränken, eine Hoffnung, die wenigstens bei den früheren Stadien der fungösen Gelenkaffection gerechtfertigt ist, in denen ein etwa vorhandener tuberculöser Process an den inneren Organen erst einen Grad erreicht hat, wo er erfahrungsgemäss auf diätetischem Wege noch zum Stillstande gebracht werden kann. Vielleicht findet der grössere Procentsatz meiner Casuistik seine Erklärung in einer zufälligen Häufung gerade jener prognostisch so schlechten Fälle, bei denen die Coxitis als Symptom einer bereits vorhandenen allgemeinen Tuberculose hervortritt; vielleicht auch darin, dass man in letzter Zeit, in dem Bestreben, den tuberculösen Charakter der fungösen Gelenkentzündung und ihren Zusammenhang mit der allgemeinen Tuberculose, bestimmter hervortreten zu lassen, bei den Sektionen grössere Aufmerksamkeit auf den Zustand der inneren Organe verwandte und mit grösserer Sorgfalt die tuberculösen Fälle registirte, von denen in

früherer Zeit manch einer mit der Diagnose »Tod durch Erschöpfung« kurz abgefertigt sein mag.

Wie dem auch sei, die Zahlen sprechen deutlich genug, eine wie grosse Rolle die Tuberculose in dem Krankheitsbilde der fungösen Coxitis spielt und wie oft sie die Erfolge unseres Handelns vereitelt. Sie bestätigen die Beobachtungen Königs, der auf dem deutschen Chirurgen-Congress im Jahre 1880 seine Erfahrungen nach dieser Richtung hin bekannt machte.

So wenig erfreulich nun auch das Bild ist, welches uns König in seinem Berichte »über die Resultate der Gelenkresectionen bei Gelenktuberculose unter antiseptischer Wundbehandlung« entwirft, so glaube ich, lässt sich König in der Beurtheilung des Werthes der Operation zu einer Ungerechtigkeit verleiten, wenn er sie ihrer gewiss nicht abzuleugnenden Unvollkommenheit wegen ganz bei Seite gelegt wissen will und der Amputation den Vorzug giebt, da diese wenigstens sicherer vor localen Recidiven schütze. Ist es nun schon an sich ein missliches Ding, den Standpunkt der conservirenden Chirurgie, den ja die Resection vertritt, wieder aufzugeben und der grösseren, aber gewiss nicht absoluten Sicherheit wegen die erkrankte Extremität schonungslos opfern zu müssen, die ihrem Träger vielleicht noch mit sehr guter Functionsfähigkeit hätte erhalten werden können, so stossen wir beim Hüftgelenk überdiess noch auf eine sehr grosse Schwierigkeit; hier und ebenso beim Schultergelenk besteht das radicale Vorgehen, welches mit grösserer Sicherheit alles Verdächtige zu entfernen erlaubt, eben nur in der Exarticulation; der sicherere Schutz gegen locale Recidive wird jedoch überreichlich aufgewogen durch die grosse Lebensgefahr, in welche wir den Patienten versetzen. Schon aus diesem Grunde dürfte sich die Exarticu-

lation, die ja eine nothwendige Consequenz der von König und Esmarch befürworteten radicalen Methode ist, als legitime operative Therapie von selbst verbieten, um so mehr, als sie ebenso wenig wie die Resection eine Verallgemeinerung der Tuberculose und den durch diesen herbeigeführten tödtlichen Ausgang in allen Fällen verhüten kann.

Als locale Eingriffe können die beiden in Rede stehenden Operationen doch nur in den Fällen erfolgreich in Anwendung gezogen werden, bei denen es sich nur um rein locale Processe handelt; sobald aber der tuberculöse Process durch continuirliche Propagation oder auf dem Wege der Metastase die Grenzen der operativen Zugänglichkeit überschritten hat oder gar von Hause aus allgemeiner Natur war, so muss selbstverständlich der Erfolg des localen Eingriffes ein sehr zweifelhafter bleiben. Nehmen wir drei verschiedene Formen an, unter welchen sich die fungösen Gelenkerkrankungen präsentiren: nämlich Fälle mit allgemein tuberculöser Dyskrasie, in denen neben den besonders dazu disponirten inneren Organen auch die Gelenke tuberculös afficirt sind; weiter Fälle, in denen die Gelenke erst sekundär durch Verschleppung von einem localen Tuberkelherde aus in Mitleidenschaft gezogen sind und endlich Fälle, in denen ausschliesslich nur die Gelenke den Sitz der tuberculösen Erkrankung abgeben, so ist uns damit nach Obigem die Auswahl der für die Operation geeigneten Objecte ganz klar vorgezeichnet und wir werden, falls wir uns überhaupt für das operative Vorgehen entscheiden sollten, darauf bedacht sein, möglichst frühzeitig einzugreifen, um dadurch um so sicherer der Verallgemeinerung des Processes vorzubeugen.

Ich räume gern ein, dass im gegebenen Falle die Entscheidung schwer oder ganz unmöglich werden kann,

mit welcher dieser drei Formen man es zu thun habe; wenn wir uns aber stets der Grenzen bewusst sind, die unserem operativen Handeln gezogen sind, so werden wir etwaige Misserfolge nicht ohne weiteres der Ohnmacht des Heilmittels zur Last legen, sondern uns die Frage vorlegen, ob wir nicht in der richtigen Wahl desselben fehlgegriffen haben.

Die antiseptische Wundbehandlung hat wie jede bedeutungsvolle Erfindung verschiedene Phasen der Entwicklung durchgemacht, bevor sie sich in ihrer gegenwärtigen Gestalt und Fassung das Terrain erobert und als unentbehrliche Bundesgenossin des Chirurgen eine gesicherte Pflegestätte in zahlreichen Kliniken und Hospitälern gefunden hat. Um nun einen richtigen Maasstab für ihre Leistungsfähigkeit zu gewinnen, erscheint es nothwendig, auf ihren stetigen Entwicklungsprocess Rücksicht zu nehmen und die Leistungen während der ersten Zeit ihrer Entstehung abzusondern und gegenüberzustellen denjenigen ihrer späteren beträchtlichen Vervollkommnung, die sie unter den Händen ihres Schöpfers Lister und in Deutschland namentlich durch V o l k m a n n erfahren hat. Dem Vorgange S a c k 's folgend, der in seinem „Beitrag zur Statistik der Kniegelenk-Resection unter antiseptischer Behandlung“ (Inaugural-Dissertation, Dorpat) das Jahr 1875 als den Wendepunkt in der Entwicklung und Verbreitung der antiseptischen Wundbehandlung hinstellt, herbeigeführt durch die bekannte V o l k m a n n 's c h e Arbeit „über den antiseptischen Occlusivverband“ in seinen „Beiträgen zur Chirurgie“, will auch ich den dadurch gegebenen Eintheilungsmodus acceptiren und mein casuistisches Material in zwei Gruppen theilen: die erste umfasst 53 Fälle und gehört dem Zeitraum von 1870 bis

1875 (incl.) an, die zweite 69 aus dem Zeitraum von 1876 bis zur Gegenwart.

Von den 53 Resecirten aus der I. Periode
 wurden geheilt $31 = 58,5 \%$
 starben $22 = 41,5 \%$.

Von den 67 Resecirten aus der II. Periode
 wurden geheilt $45 = 67,2 \%$
 starben $22 = 32,8 \%$.

Die Mortalität ist demnach in der II. Periode der antiseptischen Wundbehandlung um ca. 9 % gesunken und dem entsprechend der Procentsatz der Geheilten in die Höhe gestiegen. „Aus diesen Zahlen können wir das Lehrgeld bestimmen, welches die Chirurgen für die erworbene Uebung in dieser Methode zu zahlen hatten“ (Volkmann); aber die Höhe des Lehrgeldes, in der kurzen Lehrzeit weniger Jahre entrichtet, lässt uns, glaube ich, grade den Werth und die grosse Vervollkommnungsfähigkeit der antiseptischen Methode in gebührendem Maasse würdigen und wird uns dazu anspornen, auf der betretenen Bahn immer rüstiger und vertrauensvoller weiter zu schreiten.

Bei der Beurtheilung des Fortschrittes der antiseptischen Methode dürften wir vielleicht einen klareren Einblick in die Verhältnisse dadurch gewinnen, dass wir die Todesursachen der I. und II. Periode nach dem vorher befolgten Princip der Eintheilung zum Vergleich einander gegenüber stellen; es ergeben sich dann folgende Verhältnisse:

I. Periode:

- | | | |
|----------------------------|-------------|--------------------------------|
| 1) Wundcomplicationen | 5 (resp. 3) | $= 26,3 \%$ (resp. $17,7 \%$) |
| 2) Tod in Folge der Oper. | 2 | $= 10,5 \%$ |
| 3) Zufällige Todesursachen | 0 | $= 0 \%$ |
| 4) Organerkrankungen etc. | 12 | $= 63,2 \%$ |

II. Periode:

- | | | |
|-----------------------------|-------------|----------------------|
| 1) Wundcomplicationen | 4 (resp. 2) | = 11,4 % (resp. 6 %) |
| 2) Tod in Folge der Operat. | 2 | = 5,7 % |
| 3) Zufällige Todesursachen | 3 | = 8,6 % |
| 4) Organerkrankungen etc. | 20 | = 74,3 %. |

Der Vergleich beider Tabellen lässt uns zu folgenden Schlüssen kommen:

Die Herabsetzung der Mortalität in der zweiten Periode ist zurückzuführen auf das seltenere Auftreten der Wundcomplicationen, sowie auf Verminderung der mit der Operation verbundenen Gefahren; die Mortalität wäre gewiss noch eine günstigere gewesen, wenn nicht die 4. Kategorie der Toderursachen in der II. Periode stärker vertreten gewesen wäre.

Im Gegensatz zu der von Sack in seiner Statistik für die Kniegelenkresectionen nachgewiesenen grösseren Mortalität des Kindesalters, die sich übrigens nur um 4 % ungünstiger gestaltet als bei Erwachsenen, scheint mir aus meiner und aus der Leisrinkschen Sammlung, die ich auf diesen Punkt durchmustert habe, hervorzugehen, dass sich bei der Hüftgelenkresection die Chancen bei Kindern besser gestalten als bei Erwachsenen;

Antiseptisch wurden operirt 19 Erwachsene

von diesen geheilt 10 = 52,6 %

gestorben 9 = 47,4 %

im Kindesalter (bis zum 16. Jahr) wurden operirt 101

von diesen geheilt 66 = 65,3 %

gestorben 35 = 34,7 %

Bei Kindern ist demnach die Mortalität um 12,7 % niedriger als bei Erwachsenen, nach Leisrink sogar noch geringer;

Nichtantiseptisch wurden operirt 41 Erwachsene,

von diesen geheilt $8 = 19,5\%$

gestorben $33 = 80,5\%$

im Kindesalter wurden operirt 118

von diesen geheilt $52 = 44\%$

gestorben $66 = 56\%$

mithin ein Unterschied in der Mortalität von $24,5\%$ zu Gunsten des Kindesalters.

Eine vergleichende Zusammenstellung der Todesursachen in den verschiedenen Lebensaltern aus meiner und der Leisrink'schen Casuistik ergiebt zum Theil so schwankende zum Theil sich so ganz widersprechende Resultate, dass ich es ganz unterlassen habe, sie hier vorzuführen.

Wenden wir uns jetzt zur Erörterung einer wichtigen Frage, die schon seit Jahren immer wieder zu lebhaften Discussionen Veranlassung gegeben hat, ohne dass es bis jetzt zu einer endgültigen Entscheidung und Einigung gekommen wäre, ich meine die Frage nach dem geeignetsten Zeitpunkte der Resection. Ich habe es nicht unterlassen, diesen Gegenstand hier auf's Neue zu berühren, weil ich glaube, dass die in der angedeuteten Richtung von mir vorgenommene Prüfung meines casuistischen Materials ganz besonders präzise Antworten ergeben hat, wie kaum bei einer anderen Gelegenheit.

Die Chancen der Operation gestalten sich in den 3 Stadien der Erkrankung folgendermassen:

im I. Stadium kamen zur Operation 18 Fälle;

von diesen wurden geheilt $18 = 100\%$

starben $0 = 0\%$

im II. Stadium kamen zu Operation 58 Fälle:

von diesen geheilt $44 = 75,9\%$

gestorben $14 = 24,1\%$

im III. Stadium kamen zur Operation 40 Fälle;

von diesen geheilt 13 = 32,5 %

gestorben 27 = 67,5 %

Wir sehen aus diesen Zahlen, in wie rapider Progression die Mortalität von den frühen zu den späten Stadien der Erkrankung anwächst und können es sehr wohl verstehen, wenn V o l k m a n n¹⁾, der im Laufe seiner langjährigen Erfahrungen und bei seinem ungewöhnlich umfangreichen Beobachtungsmaterial zu derselben Erkenntniss gelangt ist, mit aller Entschiedenheit für die Ausübung der Frühresection eintritt, indem er sagt: »es ist kein Grund vorhanden, bei der Behandlung von Erkrankungen, die auf tuberculösen Processen beruhen, zu verzagen; frühzeitige örtliche energische Eingriffe haben gerade hier die schönsten Erfolge aufzuweisen, sie werden mehr und mehr zur allgemeinen Anerkennung kommen«.

Diese allgemeinste Anerkennung wird sich die Frühresection, wenn überhaupt, so doch erst nach schweren Kämpfen erringen, trotz der unverkennbar guten Resultate, die sie erzielt, denn auch die unblutige Behandlungsmethode, die zahlreiche und sehr gewichtige Vertreter aufzuweisen hat und in letzter Zeit namentlich in England mit besonderer Vorliebe cultivirt wird, macht ihr in den frühen Stadien der Erkrankung erfolgreiche Concurrenz. Sayre²⁾, der keineswegs den ausschliesslich conservativen Standpunkt in der Therapie der fungösen Gelenkerkrankungen vertritt, sondern beide Methoden ausgeübt und nach jeder Richtung unge-

1) Sammlung klin. Vorträge Nr. 168–169. Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündung.

2) The diagnosis and treatment of joint diseases in their various stages by L. A. Sayre; New-York med. Journal. Vol. XXX. p. 502, 1879.

wöhnlich reiche Erfahrungen gesammelt hat, spricht sich über die Erfolge des expectativen Verfahrens in frischen Fällen sehr befriedigt aus; er sagt: »In the majority of cases of disease of the joints, if detected in their earlier stages, by carrying out the general principles of treatment above described (perfect and complete rest to the involved joint, free exercise in the open air etc.), they will generally recover, with little or no deformity and motion more or less complete.« In dem gleichen Sinne lauten auch die Nachrichten mehrerer anderer namhafter Chirurgen. Eine Entscheidung dieser Frage ist also zur Zeit noch nicht möglich, sie bleibt der Zukunft vorbehalten, wenn es gelingt, ein hinreichend grosses und namentlich gut beobachtetes Material von beiden Parteien zur Prüfung heranzuziehen.

Wir wollen jetzt die Heilungsdauer festzustellen suchen, die die Hüftgelenkresection in den drei verschiedenen Stadien der Krankheit in Anspruch nimmt:

Für das I. Stadium ist die Heilungsdauer in 15 Fällen verzeichnet; sie schwankt zwischen 5 Wochen (1 Fall) und 6 Monaten (1 Fall) und beträgt im Durchschnitt 14 Wochen.

Für das II. Stadium berechnet sich die Heilungsdauer aus 33 Fällen mit einer Schwankung von 5—7 Wochen (3 mal) und 1—2 Jahren (4 mal) auf durchschnittlich 29,2 Wochen, und

im III. Stadium schwankt sie in 9 Fällen zwischen 5 Wochen (1 mal) und 14 Monaten (1 mal) mit einer Durchschnittsziffer von 24,3 Wochen,

Hier fällt der Unterschied der 3 Stadien nicht so beträchtlich aus wie bei der Mortalitätsbestimmung: immerhin nimmt die Frühresection eine recht bevorzugte Stellung ein, da sie den späteren Stadien gegenüber eine Abkürzung der Heilungsdauer von

ungefähr 13 Wochen gewährt. Es ist mir nicht möglich gewesen, die Leisrinkschen Fälle in analoger Weise zu klassificiren, um eine Parallele in den Heilresultaten und der Heilungsdauer der verschiedenen Stadien bei nicht antiseptischer Behandlung zu ziehen, und muss ich mich darauf beschränken, die durchschnittliche Heilungsdauer, wie sie sich für das gesammte Material ergibt, festzustellen.

Dieselbe beträgt in der vorantiseptischen Zeit bei einer Schwankung von $1\frac{1}{2}$ Monaten bis über 2 Jahre, 33 Wochen gegenüber dem Durchschnitt von 24 Wochen meiner Fälle. Es ergibt sich mithin eine Ersparniss von 9 Wochen Krankenlager, die wir der antiseptischen Wundbehandlung zu verdanken haben.

Wenn wir aber den Werth der Antiseptik nach dieser Seite hin noch genauer abschätzen wollen, so muss noch ein Moment berücksichtigt werden, das sich ziffermässig nicht zum Ausdruck bringen lässt, aber gleichwol sehr schwer in's Gewicht fällt. Rydigier*) macht bei einer Besprechung desselben Gegenstandes auf eine Fehlerquelle aufmerksam, die sich sehr leicht in eine vergleichende Statistik einschleicht, wenn man eben nur mit der nackten Zahl operirt und die darin besteht, das trotz der scheinbaren Analogie des zum Vergleich herangezogenen Materials aus der vorantiseptischen Zeit ein nicht unbeträchtlicher qualitativer Unterschied vorhanden ist. Derselbe wird dadurch bedingt, dass unter dem alten Regime der Wundbehandlung die schwersten Fälle, wie ja der hohe Mortalitätsprocentsatz lehrt, in der Regel durch den Tod eliminirt wurde und somit der, einer erfolgreichen Behandlung zugängliche Theil des Krankenbestandes

1) Rydigier, zur antiseptischen Gelenkresection bei Gelenktuberculose, Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. XIII. p. 337.

sich zumeist aus den weniger schweren Formen der Gelenkerkrankung recrutirte. Das hat nun aber unter den durch die Antiseptik verbesserten Verhältnissen glücklicherweise nicht mehr seine Gültigkeit, die Erfolge unseres Handels erstrecken sich doch viel häufiger als vormalis auch auf jene desolaten Fälle; aber diese sind es auch, welche eine längere Heilungsdauer beanspruchen und das Durchschnittsmass derselben bei der statistischen Berechnung weniger günstig erscheinen lassen, als es thatsächlich ist. Wir können demnach den Werth der antiseptischen Wundbehandlung in der Abkürzung des Heilungsprocesses noch viel höher voranschlagen, als es unsere oben gefundene Ziffer gestattet.

Nächst der Frage nach dem geeignetesten Zeitpunkte der Gelenkresection hat, glaube ich, keine andere ein grösseres Interesse für sich in Anspruch genommen und eine verschiedenartigere Beantwortung gefunden, als die nach den functionellen Resultaten der Operation. Es giebt einzelne Chirurgen, die diese Frage zu einer Principienfrage zugespitzt und die Lebensfähigkeit der Hüftgelenkresection von der endgültigen Entscheidung derselben abhängig gemacht haben. Bei der grossen Wichtigkeit, die diesem Gegenstande unstreitig beizumessen ist, habe ich es nicht unterlassen, alle darüber gegebenen Notizen zu sammeln und lege sie, in übersichtlicherer Anordnung, als es in den Haupttabellen möglich war, in Nachstehendem dem Leser zur Prüfung vor. Ich gestehe, dass es nicht ganz leicht war und mir auch nur in unvollständiger Weise gelungen ist, die Classificirung der Fälle je nach den verschiedenen Graden der Funktionsfähigkeit des resecirten Beines in exacter Weise durchzuführen, da die bezüglichen Krankenberichte über das erzielte Resultat von verschiedenen Gesichtspunkten aus und häufig nur in ganz allgemeiner Ausdrucksform Mittheilung machen. Am zweckmässigsten

erschien es mir noch, den Grad der Beweglichkeit im resecirten Gelenk als Eintheilungsprincip zu benutzen und habe ich es versucht, unter Berücksichtigung der dabei erzielten Gehfähigkeit und einer etwa nothwendigen künstlichen Unterstützung meine 65 Fälle in folgende 5 Kategorien unterzubringen:

- I. Kategorie: Beweglichkeit und Funktionsfähigkeit sehr gut, eine Unterstützung durch eine erhöhte Sohle nur in wenigen Fällen nothwendig.
- II. Kategorie: bei mehr weniger guter Beweglichkeit bedienen sich die Patienten beim Gehen einer Stütze.
- III. Kategorie: Beweglichkeit mehr weniger beschränkt.
- IV. Kategorie: Das Gelenk ist ankylosirt.
- V. Kategorie: Der Grad der Beweglichkeit ist nicht angegeben; die Gebrauchsfähigkeit des Beines theils mit, theils ohne Unterstützung meist eine recht gute.

I. Kategorie.

Beweglichkeit und Functionsfähigkeit sehr gut.

N ^o	Name des Autors	Stadium.	Functionelles Resultat.	Verkürzung.	Heilung constat. n. d. Op.	Nummer der Tabellen.
1	Bidder.	I.	Ausgiebige Beweglichkeit nach allen Seiten, geht ganz frei ohne Unterstützung.	?	5 W.	2
2	Annandale.	I.	Das Bein sehr kräftig, nach allen Richtungen beweglich, Pat. läuft umher ohne jede Hilfe.	1 1/2 "	1 J.	7
3	Annandale.	I.	Bein vorzüglich stark und beweglich, Pat. kann mehrere englische Meilen ohne Ermüdung gehen.	2 1/2 "	2 J.	13
4	Annandale.	I.	Ausgezeichnet bewegliches Gelenk, Pat. kann auf dem operirten Bein ohne Hilfe stehen.	ca. 2 "	3 M. 3 W.	8
5	Annandale.	I.	Das Bein ist kräftig und sehr gut beweglich.	ca. 2 "	1 J.	10
6	Annandale.	I.	Mit einem brauchbaren Beine entlassen, freie Beweglichkeit im Gelenk.	?	2 M. 2 W.	5
7	Annandale.	I.	Pat. verlässt das Hospital mit einem brauchbaren Beine; freie Beweglichkeit im Gelenk.	?	4 M.	6
8	Annandale.	I.	Freie Beweglichkeit u. brauchbares Bein.	?	?	9
9	Lücke.	II.	Ohne Apparat und erhöhtem Schuh entlassen; geht u. steht ohne Schmerz, alle Bewegungen in ausgiebiger Weise möglich.	kaum 1 Cm.	4 M.	23

N ^o	Name des Autors.	Stadium.	Functionelles Resultat.	Ver- kürzung.	Heilung constat. n. d. Op.	Nummer der Tabellen.
10	Aschenborn.	I.	Das Gelenk gut beweglich.	4 Cm.	3 M.	14
11	Bidder.	I.	Pat. geht bei freier Beweglich- keit des Beines ohne Krücken.	?	2 M.	1
12	König.	II.	Pat. geht den ganzen Tag ohne Apparat, ausgiebige Bewegun- gen nach allen Richtungen activ möglich.	?	2 J.	21
13	Schede.	II.	Vorzügliche Function, active Bewegungen fast ganz normal, hüpft auf dem Bein durch's ganze Zimmer.	?	?	58
14	Schede.	II.	Flexion und Abduction fast ganz normal.	?	7 M.	57
15	Sonnenburg.	II.	Vorzügliches Resultat mit bei- nahe normaler Beweglichkeit.	gering	1—2 J.	36
16	Annandale.	II.	Vollständige Genesung, vor- züglich bewegliches Glied.	?	?	54
17	Central-Bl. f. Chir. 1881.	II.	Activ vortrefflich bewegliches Gelenk, geht ohne Stock.	1/2"	4 M	32
18	Croft.	II.	Ausgezeichnete Beweglichkeit nach allen Richtungen, kann fest auf dem Beine stehen, aber nicht hüpfen; das Bein gut entwickelt.	3"	1 J. 9 M.	29
19	Croft.	II.	Beide Beine ausgezeichnet be- weglich.	?	6 M.	27
20	Croft.	II.	Bewegliches Gelenk, sehr schö- ne Flexion, Extension u. Ad- duction. Kann auf d. Beine stehen und hüpfen; Geht gut.	1 1/2 "	9 M.	31
21	Annandale.	II.	Freie Beweglichkeit, sehr brauchbares Bein.	ca. 3"	11 M	52

N ^o	Name des Autors.	Stadium.	Functionelles Resultat.	Verkürzung.	Heilung constat. n. d. Op	Nummer der Tabellen.
22	Driessen.	II.	Pat. geht ohne Sohle u. ohne jede Unterstützung d. ganzen Tag ohne zu ermüden. Stellung des Beines vorzüglich, Flexion bis rechten Winkel, Add. und Rotat. beschränkt. Abduct. um weiter 10° möglich.	compensirt.	1 J.	28
23	Lücke.	II.	Geht und steht ohne Schmerzen auf der operirten Seite, passive Bewegungen in ausgiebiger Weise möglich. Wird ohne Apparat entlassen.	fast keine.	2 M.	24
24	Wiener medicin. Presse, XV.	II.	Vollkommen brauchbares Schlottergelenk. Patient kann ohne Stock u. Stöckelschuhe gehen, laufen, klettert auf Sesseln und Leitern.	?	7 M.	34
25	Aschenborn.	II.	Gelenk völlig beweglich, Pat. geht mit einer erhöhten Sohle ohne Stock.	?	3 M.	51
26	Krabbel.	II.	Pat. läuft ganz behend und sicher umher; der Gang ist etwas wackelig. Bewegungen im Gelenk nach allen Richtungen so ausgiebig wie normal. Etwas lordotische Verkrümmung der Lendenwirbelsäule.	?	?	42
27	Wiener medicin. Presse, XV.	II.	Vollkommen brauchbare Schlottergelenke an beiden Extremitäten; Pat. kann Treppen steigen, legt eine Wegstrecke von 1½ deutschen Meilen in 2½ Stunden zu Fuss zurück.	?	längere Zeit n. d. Entlassung	33
28	Aschenborn.	II.	Elevation, Abduction u. Rotation gut ausführbar, Abduction nur gering.	3 Cm.	8 M.	48

N ^o	Name des Autors.	Stadium.	Functionelles Resultat.	Ver- kürzung.	Heilung constat. n. d. Op.	Nummer der Tabellen.
29	Volkmann.	II.	Geht ohne Apparat vortrefflich; active Flexion bis zum spitzen Winkel; die Kraft d. Bewegungen erheblich geringer als am gesunden Bein.	ca. 1''	14 M.	62
30	Bericht über Bethanien.	III.	Pat. verlässt mit vollkommen brauchbarem Bein das Krankenhaus; sehr gute active u. passive Beweglichkeit.	?	mehrere Monate	65
31	Schede.	III.	Fast normale Functionsfähigkeit.	1 1/2 Cm.	4 M.	69
32	Schede.	III.	Functionsfähigkeit fast normal.	?	14 M.	70
33	Driessen.	II.	Flexion bis rechten Winkel, Abd. u. Adduction sehr ausgiebig. Das Gelenk noch nicht fest, die Extremität lässt sich 1/2'' herunterziehen; doch geht Pat. völlig gut ohne Stock mit etwas erhöhter Sohle.	3/4''	7 M.	26

II. Kategorie.

Beweglichkeit mehr oder weniger gut.

34	Volkmann.	II.	Pat. geht mit Schienenapparat und Sitzring sehr gut ohne jede weitere Unterstützung. Active Beweglichkeit gering, passive bis zu rechtem Winkel schmerzlos und leicht. Neigung zu Add. und Rotat. nach innen. Bein vortrefflich genährt.	1''	9 M. 2 W.	60
35	Körte.	II.	Das Gelenk nach allen Richtungen beweglich; geht mit Taylor, gute Gehfähigkeit.	?	11 M.	39

N ^o	Name des Autors.	Stadium.	Functionelles Resultat.	Ver- kürzung.	Heilung constat. n. d. Op.	Nummer der Tabellen.
36	Driessen.	III.	Mit Taylor entlassen; Alle Bewegungen und namentlich Flexion sehr gut u. fast über die physiologische Grenze ausführbar.	1/2 Cm.	?	66
37	Charité-Annalen.	III.	Mit Taylor entlassen gut gehend, active und passive Bewegung im Gelenk nur in geringem Grade möglich.	?	?	67
38	Langenbeck.	III.	Mit Taylor entlassen; sehr schöne Gehfähigkeit; active Flexion bis 45 %, passive bis rechten Winkel.	fast ganz compensirt.	3 M. 2 W.	73
39	Aschenborn.	II.	Mit Taylor entlassen; Gelenk fest und gut beweglich.	keine.	3 M. 5 W.	44
40	Annandale.	I.	Pat. geht mit einem Stock, d. Bein in guter Stellung, aber die Beweglichkeit behindert.	3 "	?	11
41	Czerny.	II.	Geht mit Maschine und Stock, aber auch ohne diese, Beweglichkeit gering, mässige Flexion und Adduction.	3—4 Cm.	10 1/2 M.	59
42	Annandale.	I.	Patient geht auf Krücken mit einem brauchbaren und beweglichen Gliede.	?	5 M.	12
43	Pravitz.	II.	Bewegungen etwas beschränkt, Pat. geht mit Stock ohne alle Beschwerden.	6 Cm.	?	25

III. Kategorie.

Beweglichkeit mehr oder weniger beschränkt.

N ^o	Name des Autors.	Stadium.	Functionelles Resultat.	Ver- kürzung.	Heilung constat. n. d. Op.	Nummer der Tabellen.
44	Körte.	II.	Das Bein beweglich.	?	einige Monate.	41
45	Aschenborn.	II.	Beschränkte Beweglichkeit.	keine.	3 M.	43
46	Aschenborn.	II.	Gelenk passiv in ziemlicher Ausdehnung beweglich, activ weniger; durch Electricität u. Gehübungen bessert sich die active Beweglichkeit.	3 Cm.	?	46
47	Croft.	II.	Bewegliches Gelenk, Flexion und Extension ausführbar. Bein gut entwickelt, steht auf dem Bein, aber nicht sicher.	3 1/2 "	1 J. 9 M.	30
48	König.	II.	Beweglichkeit beschränkt, aber activ nach allen Richtungen möglich. Leichte Flexions-Contractur, Bein weniger gut genährt.	7 Cm.	3 J. 4 M.	22
49	Saxtorph.	I.	Bein in guter Stellung, geringe Beweglichkeit in d. Hüfte.	gering.	4 M.	3
50	Mac Cormac.	III.	Pat. hat ein ziemlich brauchbares Bein, aber nur geringe Beweglichkeit im Gelenk.	gering.	6 M.	74
51	Schede.	III.	Active Bewegung nicht ganz frei; geht umher.	1 Cm.	7 M.	71

IV. Kategorie.

Ankylose.

N ^o	Name des Autors.	Stadium.	Functionelles Resultat.	Verkürzung.	Heilung constat. n d. Op.	Nummer der Tabellen.
52	Angerer	II.	Geht mit Hilfe eines Stockes gut und sicher; Bein in fast grade gestreckter Stellung ankylosirt.	?	1 J. 5 M.	20

V. Kategorie.

Der Grad der Beweglichkeit nicht angegeben.

53	Esmarch.	III.	Mit erhöhtem Stiefel ist das Bein vorzüglich functionsfähig.	?	1 J.	75
54	Mac Cormac.	?	Patient geht gut mit einem erhöhten Stiefel.	?	2 ³ / ₄ J.	76
55	Haberern.	III.	Patient geht gut.	?	2 M. 3 W.	68
56	Bardenheuer.	III.	Patient kann sich auf dem resecirten Bein gut stützen und mit einem Stock sehr gut marschiren.	?	15 M.	64
57	Charité-Annalen.	I.	Wird mit Taylor entlassen. Patient legt gleich am ersten Tage einen Weg von 1 Stunde zurück.	?	4 M.	17
58	Annandale.	II.	Patient wird mit brauchbarem Beine entlassen.	?	10 M.	53

N ^o	Name des Autors	Stadium.	Functionelles Resultat.	Ver- kürzung.	Heilung constat. n. d. Op.	Nummer der Tabellen.
59	Annandale.	I.	Patient wird mit einem sehr brauchbaren Beine entlassen.	?	?	4
60	Volkmann.	II.	Geht mit und ohne Maschine gut und mit grosser Ausdauer; Ernährung des Beines normal; functionelles Resultat brillant.	1 ³ / ₄ Cm.	9 M.	61
61	Esmarch.	II.	Patient macht stundenlange Märsche, ohne zu ermüden, mit erhöhtem Stiefel.	5 Cm.	10 M.	56
62	Barden- heuer.	III.	Patient geht mit einem erhöhten Absatz; die Gebrauchsfähigkeit des Beines ist eine durchaus gute.	?	3 M.	63
63	Körte.	II.	Gute Heilung, Patient kann ohne Stock gehen.	?	ca. 1 J.	40

Unsere Tabellen zeigen Folgendes: die I. Kategorie ist mit 33 Fällen vertreten, die II. mit 10, die III. mit 8, die IV. mit 1, die V. mit 11 Fällen. Zum Vergleich babe ich auch die Leisrinkschen Fälle auf die functionellen Resultate durchmustert und bin, wenn ich sie dem oben befolgten Eintheilungsmodus unterwerfe, zu folgenden Ergebnissen gekommen: auf die I. Kategorie entfallen 11 Fälle, auf die II. 12, auf die III. 3, auf die IV. 2, auf die V. 19 Fälle; in weiteren 7 Fällen ist nur kurz bemerkt, dass Beweglichkeit vorhanden sei. In der folgenden vergleichend procentarischen Zusammenstellung habe ich diejenigen Fälle, bei denen über die Beweglichkeit nichts ausgesagt ist, fortgelassen; es bleiben dann aus der Leisrink'schen Sammlung 28, aus meinen 52 Fälle zur Berechnung übrig.

Material.	Beweglichkeit sehr gut.	Beweglichkeit gut.	Beweglichkeit beschränkt.	Ankylose.
Leisrink	11 mal = 40 %	12 mal = 43 %	3 mal = 10 %	2 mal = 7 %
Antisept.	33 mal = 64 %	10 mal = 19 %	8 mal = 15 %	1 mal = 2 %

Diese Ziffern unterliegen in den verschiedenen Rubriken so erheblichen Schwankungen auf beiden Seiten, dass es mir praktischer erscheint, zur Gewinnung eines sicheren Urtheils den Eintheilungsmodus noch zu vereinfachen und will ich daher Kategorie I und II, die ohnehin wegen der oben erwähnten Ungenauigkeit in der Funktionsangabe eine scharfe Trennung sehr erschweren, in eine Gruppe mit dem gemeinsamen Prädikat »gute Beweglichkeit« zusammen-

fassen; jetzt ergibt sich eine vollkommene Uebereinstimmung auf beiden Seiten mit einem Procentsatz von 83. Ebenso decken sich Kategorie III. und IV. unter der gemeinschaftlichen Bezeichnung einer »schlechten Beweglichkeit« im resecirten Gelenk mit den restirenden 17%.

Diese vollkommene Uebereinstimmung der Zahlen könnte uns zu dem Schlusse führen, dass unter der antiseptischen Wundbehandlung das functionelle Resultat nicht die geringste Verbesserung erfahren habe: ich will jedoch nicht unterlassen, auf die bei der Feststellung der Heilungsdauer ermittelte Fehlerquelle hinzuweisen, die auch die vorliegende Berechnung zu Ungunsten der Antiseptik beeinflusst und daher gleichfalls gebührende Berücksichtigung verdient. Die Kategorien V. beider Statistiken lassen einen direkten Vergleich nicht zu, ich gebe daher die Leisrinksche mit ihren 19 Fällen nur in summarischer Uebersicht: 11 Geheilte haben eine befriedigende Gehfähigkeit erlangt, 7 bedienen sich beim Gehen eines Stockes oder einer erhöhten Sohle, 1 geht mit Krücken umher.

Die Verkürzung des Beines beträgt bei den antiseptisch Behandelten durchschnittlich 3,5 Cm., bei den nicht-antiseptischen dagegen 4,3 Cm. Bei den ersteren wurde die Resection in der Regel im oder unterhalb des grossen Trochanter vorgenommen, bei den letzteren dagegen sehr häufig unterhalb des kleinen Trohanter, woraus sich wohl die stärkere Verkürzung um 0,8 Cm. bei diesen erklärt.

Der Totaleindruck, den diese Summe von 119 Geheilten hinsichtlich der Funktionsfähigkeit des resecirten Beines auf uns macht, ist doch gewiss kein ungünstiger und erscheint der Ausspruch Billroth's in seinen «Züricher Erfahrungen» p. 516 doch etwas zu pessimistisch gefärbt, wenn er behauptet, die Hüftgelenkresection leiste functionel wenig

und der Gang bleibe schliesslich sehr mangelhaft. Ich kann nicht umhin, diesem so ungünstig lautenden Urtheile Billroth's den Ausspruch einer Anderen, auf dem Gebiete der Hüftgelenkresectionen gewiss massgebenden Autorität entgegenzuhalten, der mit den Ergebnissen unserer Statistik im besten Einklange steht. Säyre, der im Laufe seiner langjährigen Praxis gegen 100 mal die Hüftgelenkresection ausgeführt hat, äussert sich bei Gelegenheit einer Discussion in einem Congresse amerikanischer Aerzte über die von ihm erzielten Resultate folgendermassen: ¹⁾ «The first patient, upon whom I have operated, had now survived the operation over 20 years; was married and no one would suspect from her walk, that she had been the victim of hip-disease. There were several other cases, in which the cure had been equally satisfactory.» Sayre berichtet ferner über einen von ihm an der Hüfte resecirten jungen Manne, der einige Jahre nach der Entlassung bei einem Wettschlittschuhlauf den ersten Preis davon getragen hat. Es sieht also mit der Funktionsfähigkeit des resecirten Beines durchaus nicht so schlimm aus, wie Billroth behauptet.

Unter den lokalen Complicationen während des Wundverlaufes finde ich neben Abscessbildungen, die einige Mal auftraten, 3 mal Erysipel, davon 1 mal in Gemeinschaft mit Septikämie als Todesursache. Der Wundverlauf wurde zuweilen gestört durch leichte Carbolintoxication, 3 mal durch Scarlatina mit einem Todesfall. Als recht häufig wiederkehrende Störungen, die in der Regel den Heilungsprocess beträchtlich verzögerten, sind die Recidive der Caries und die Necrosen am femur und an den Beckenknochen anzuführen.

1) New-York medical Record 1878, p. 173.

Sie unterhielten in der Regel langwierige Eiterungen und machten wiederholte Auskratzungen und Reexcisionen nothwendig. In 142 Fällen meiner Sammlung, in denen über den Wundverlauf etwas mitgetheilt ist, finde ich 23 mal = 16 % über jene Störungen berichtet. Die beträchtlichen Terrainschwierigkeiten auf die man bei der Resection des Hüftgelenkes stösst und die eine vollständige Entfernung alles krankhaften Gewebes nicht selten unmöglich machen, erklären hinlänglich das Auftreten dieser fatalen Störung. Um so dankenswerther ist daher ein Wink von Volkmann, der unsere Aufmerksamkeit auf den Zustand der Pfanne hinlenkt, indem er in seiner oben citirten Arbeit (klin. Vorträge Nr. 168—169) sagt: «Keineswegs selten ist auch die Pfanne der primäre Sitz der Erkrankung; die acetabuläre Coxitis ist sehr viel häufiger, als man früher angenommen und oft genug hängt die Möglichkeit der Erreichung einer raschen Heilung nach der Hüftresection von der Auffindung und Entfernung derartiger tuberculöser Herde in den die Pfanne constituirenden Beckenknochen ab.» Ebenso macht Croft ¹⁾ auf das häufige Erkranktsein der Pfanne aufmerksam und hebt unter den Ursachen der Misserfolge und der Verzögerung der Heilung namentlich auch den Umstand hervor, dass die Pfanne und die angrenzenden Beckentheile bei der Resection oft nicht sorgfältig genug untersucht und einer gründlichen Säuberung von allem Krankhaften und Verdächtigen nicht in erforderlichem Maasse unterzogen werden.

Die pathologisch-anatomischen Notizen meiner Sammlung bieten leider nur sehr wenig Verwerthbares; sie enthalten fast ausschliesslich nur solche Angaben über den localen

1) Analysis of 45 cases of excision of hip-joint. Transaction of the clinical Society. Val. XIII, 1880, p. 71.

Befund im Gelenk und der Umgebung desselben, wie man ihn oft genug bei den vorgeschrittenen Formen der Erkrankung constatiren kann. Namentlich ist es mir nicht gelungen, Beiträge zur Localisirung der ostitischen Herde und zur Frage über den Ausgangspunkt der fungösen Gelenkerkrankung zu liefern, Gegenstände, die bekanntlich in den letzten Jahren von Volkmann einer erneuerten Revision unterzogen worden sind und durch die von ihm zu Tage geförderten interessanten und wichtigen Resultate die allgemeine Aufmerksamkeit wieder auf sich gelenkt haben. Mein zum grössten Theil aus bereits ziemlich weit vorgeschrittenen Fällen bestehendes Material gestattet nach dieser Richtung hin so gut wie gar keine Einblicke; die in der Regel tiefgreifenden Zerstörungen an den das Gelenk constituirenden Theilen hatten die Spuren des ursprünglichen Erkrankungssitzes bereits völlig verwischt. Ich will an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, dass auch Annandale in Edinburg, bei seinen häufigen Frühresectionen, die er namentlich unter dem Schutze des antiseptischen Verfahrens mit besonderer Vorliebe ausführte, auf die häufige primäre Erkrankung des Knochens bei fungösen Gelenkerkrankungen aufmerksam geworden war und bereits 1875 in seiner Arbeit «On the pathology and operative treatment of Hip-disease» im Edinburgh medical Journal zu denselben Schlussfolgerungen gelangte, wie Volkmann. Die betreffende Stelle lautet daselbst: Having myself, with the aid of antiseptic treatment, incised and examined many diseased hip-joints at an earlier stage of the disease, than that in which incisions are usually practised, I have come to the conclusion that, although the disease may originate at times in the synovial membrane or pelvic bones, it most frequently commences in the head of the femur.»

Aus der Reihe der mannigfaltigen, mehr weniger tief eingreifenden anatomischen Störungen, die uns in dem Krankheitsbilde der fungösen Coxitis entgegen treten, kann ich leider nur eine vorführen, die jedoch ihrer relativen Häufigkeit und namentlich ihrer schlimmen prognostischen Bedeutung wegen die besondere Aufmerksamkeit und Umsicht des behandelnden Arztes in Anspruch nimmt: das ist die Pfannenperforation. Die Häufigkeit ihres Vorkommens scheint einer gewissen Gesetzmässigkeit zu unterliegen, was ich daraus schliesse, dass die aus meiner und Leisrink's Sammlung ermittelten Frequenzziffern sich recht nahe stehen. Ich finde nämlich in 152 Fällen meiner Tabellen, bei denen Angaben über den anatomischen Befund bei der Operation gemacht sind, 20 mal Pfannenperforation, was einem Procentsatz von 13,2 entspricht. In der Leisrinkschen Statistik kommen auf 122 Fälle 14 Perforationen = 11,5 %. Die Differenz ist also nur 1,7 %. Aus der ganzen Summe von 274 Fällen stellt sich der Procentsatz der Perforationen auf durchschnittlich 12,4 % heraus. Eine wie schlimme prognostische Bedeutung diese Perforationen haben und wie oft sie die Erfolge unseres Handelns vereiteln, zeigt folgende Berechnung: Von 105 Fällen meiner Statistik, bei denen diese Complication nicht vorhanden war wurden geheilt 70 = 66,6 %

und starben 35 = 33,4 %

Dagegen wurden von 17 mit Perforation complicirten, zu Ende beobachteten Fällen geheilt 8 = 47 %

und starben 9 = 53 %

Die Mortalität ist demnach bei Perforationen um 20 % grösser.

Ich finde bei meinen Fällen die rechte Körperseite 50 mal, die linke 73 mal erkrankt. Ich konnte zur Vervollständigung dieser Zahlen die Leisrinksche Statistik wegen mangelnder Angaben nicht benutzen. Dagegen

finde ich in Billroth's «chirurgische Klinik, Wien 1871 — 1876» bei Hüftgelenkserkrankungen gleichfalls die linke Seite stärker in Anspruch genommen: 35 Mal rechts, 60 Mal links. Billroth constatirt einfach das Ueberwiegen der linken Seite und fügt kurz die Frage hinzu, warum?

Ich glaube, Billroth legt uns die Beantwortung dieser Frage selbst in den Mund, wenn er in den nächstfolgenden Zeilen seines Berichtes fortfährt; «Nur bei 28 unter jenen 142 Fällen waren die Angaben, dass die Krankheit nach Contusion (28 Mal) und Distorsion (1 Mal) entstanden sei, so entschieden und detaillirt, dass man ihnen Glauben schenken konnte. Indess, kleine Kinder fallen so oft und contundiren sich den trochanter, ohne dass die Eltern etwas davon erfahren, dass man wol weit häufiger solche schädliche Momente annehmen darf.» Wenn wir nun aber das Trauma als eine häufige Krankheitsursache anerkennen, so liegt es nahe, diese Ursache auch mit der Körperseite in Zusammenhang zu bringen. Das linke Bein steht ebenso wie der linke Arm seinem Partner auf der rechten Seite an Kraft und Gewandheit etwas nach und diese Ungleichheit in der Trag- und Stützfähigkeit der unteren Extremitäten macht es wahrscheinlich, dass der Körper beim Laufen, Springen und anderen brusken Bewegungen leichter auf die linke Seite fallen wird und also auch das Hüftgelenk dieser Seite häufiger einer traumatischen Einwirkung ausgesetzt ist als das rechte.

Schlussfolgerungen.

1) Die Mortalität ist bei Hüftgelenkresectionen unter dem Schutze des antiseptischen Verfahrens fast um die Hälfte herabgesetzt.

2) Die Mortalitätsziffer ist in der II. Periode der antiseptischen Wundbehandlung günstiger als in der I. Periode.

3) Die Resection des Hüftgelenks bietet um so bessere Chancen, je früher sie ausgeführt wird.

4) Die Heilungsdauer hat durch die Antiseptik eine nicht unbeträchtliche Abkürzung erfahren.

5) Unter den Todesursachen der Resecirten nimmt die Tuberculose die erste Stelle ein.

6) Die antiseptische Methode bietet auch bei den Hüftgelenkresectionen einen grösseren Schutz gegen Wundcomplicationen.

7) Das functionelle Resultat der Hüftgelenkresectionen hat sich unter der antiseptischen Wundbehandlung nicht wesentlich verbessert, ist jedoch ein befriedigendes.

8) Der Mortalitätsprocentsatz ist bei Erwachsenen grösser als bei Kindern.

Bevor ich zum Schlusse komme, kann ich es nicht unterlassen, auf einige sehr grosse Uebelstände hinzuweisen, die einer erfolgreichen statistischen Arbeit beträchtliche, ja oft sogar ganz unüberwindliche Schwierigkeiten in den Weg legen und zu deren Beseitigung im Interesse einer nach jeder Richtung zuverlässigen vergleichenden Statistik der conservativen und operativen Behandlung der fungösen Gelenkerkrankungen, deren Nothwendigkeit ich in der Einleitung betont habe, ich mir erlauben möchte einige Vorschläge zu machen.

Es ist in letzter Zeit wiederholt und mit Recht darüber geklagt worden, dass es bei dem riesenhaften, mit jedem Jahre lavinenartig anwachsenden Umfange der medicinischen Litteratur ganz unmöglich sei, einen Ueberblick selbst nur über die wichtigsten litterarischen Producte unserer schreibelustigen medicinischen Generation zu gewinnen. Ein amerikanischer Arzt, der diese Calamität auf dem letzten internationalen medicinischen Congress zu London zur Sprache brachte, berechnet die Zahl der jährlich erscheinenden medicinischen Schriften auf über 30,000. Man wird diese Ziffer nicht zu hoch gegriffen finden, wenn man sich den dickleibigen Billing'schen Index medicus ansieht, der die Spalten seiner in gross Octav gehaltenen Blätter nur mit dem Titelerzeichnisse der im Laufe eines Jahres edirten Arbeiten ausfüllt, ohne dabei, wie ich unter der Controle der Cannstatter und Schmidt'schen Jahresberichte bestimmt behaupten kann, Anspruch auf erschöpfende Vollständigkeit machen zu können. Obgleich es nun der Statistiker glücklicher Weise nur mit einem sehr kleinen Bruchtheile dieses gradezu überwältigenden Materials zu thun hat, so macht sich ihm, wie überhaupt jedem auf litterarischem Gebiete

Arbeitenden der Misstand dieser geistigen Ueberproduction in einer sehr unangenehmen Weise fühlbar durch die stetig anwachsende Zahl von Journalen, Jahresberichten und überhaupt aller derjenigen Organe, aus welchen er sein Material schöpfen muss. Es ist ihm häufig sehr wenig gedient mit den Referaten und Auszügen, welche die Redactionen grösserer Zeitschriften, in dem Bestreben, das weit zerstreute Material in condensirter Form nutzbar zu machen, ihrem Leserkreise darbietet, denn es kann ja dabei den speciellen Zwecken des Einzelnen nicht immer in genügender Weise Rechnung getragen werden und so sieht sich denn der Interessent genöthigt, direkt an die Quelle zu gehen. Das ist aber häufig ein sehr missliches Ding: Die Beschaffung der Originalarbeiten aus privaten Mitteln erfordert mitunter doch zu grosse materielle Opfer und selbst die best dotirten öffentlichen und Anstaltsbibliotheken, wie sie in der Regel nur in einer Grosstadt zu finden und daher nicht Jedermann leicht zugänglich sind, erweisen sich auch nicht immer als zureichend.

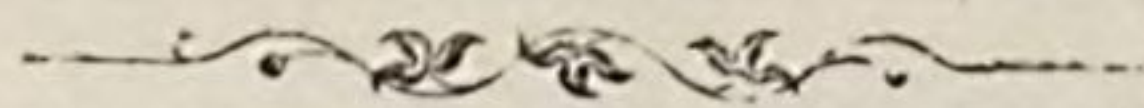
Zu diesen mehr äusserlichen Schwierigkeiten, die aber für den Einzelnen oft genug ganz unüberwindliche werden können, gesellt sich noch ein weiterer Uebelstand hinzu, der gleichfalls eine nothwendige Folge jenes lebhaften geistigen Strebens ist, welches unsere Zeit charakterisirt und an dem alle civilisirten Länder der Erde Theil nehmen, ich meine die Mannigfaltigkeit der Sprachen, in denen geschrieben wird. Es sind nicht allein die Hauptculturvölker der Gegenwart, die ihre litterarischen Erzeugnisse auf den wissenschaftlichen Markt bringen, auch eine ganze Reihe weniger hervorragender Nationen nimmt lebhaften und activen Antheil an dem allgemeinen geistigen Wettstreit auf den verschiedenen Gebieten der Kunst und Wissenschaft

und so wächst mit der Zahl der Mitarbeiter an dem Werke menschlicher Vervollkommnung auch die Zahl der Sprachen und es wird bald die Zeit kommen, wenn sie nicht schon erschienen ist, wo wie bei dem Thurmbau zu Babel eine vollständige Sprachenverwirrung einreisst, und Niemand mehr den andern versteht.

Diesen ausserordentlichen Schwierigkeiten gegenüber dürfte es wol dem Einzelnen, auch wenn das casuistische Material in hinreichendem Umfange und in der best verarbeiteten Form daliegen würde, was ja leider keineswegs der Fall ist, ungemein schwer oder ganz unmöglich werden, die endgültige Entscheidung der uns beschäftigenden Frage nach der rationellen Therapie der fungösen Gelenkerkrankung auf statistischem Wege herbeizuführen. Hier gilt es, in gemeinsamer und einheitlicher Arbeit das Werk in Angriff zu nehmen.

Heutzutage, wo der geistige Verkehr zwischen den verschiedenen Nationen so ungemein erleichtet ist, dürfte es doch wol nicht schwer fallen, einen möglichst grossen Kreis von Fachgenossen für den Plan einer auf breiter Basis angelegten vergleichend statistischen Arbeit zu interessiren. Eine sehr bequeme Gelegenheit, ein solches Unternehmen anzubahnen, bieten ja die internationalen medicinischen Congresse, zu denen zahlreiche Vertreter unserer Wissenschaft aus nah und fern herbeiströmen, um in gemeinschaftlicher Berathung und wechselseitigem Gedankenaustausche interessante und wichtige Fragen ihrer Lösung näher zu rücken. Dass zur Zahl dieser auch die fungösen Gelenkerkrankungen und deren rationelle Behandlung gehören, hat der letzte Congress in London bewiesen. Um dem geplanten Unternehmen einen festen Mittelpunkt und dadurch eine grössere Garantie seines Be-

standes zu schaffen, dürfte es sich empfehlen, eine besondere Commission mit der Leitung desselben zu betrauen und dieser die Sammlung des einflussenden Materials, sowie dessen schliessliche Verarbeitung zu übertragen. Die in Obigem näher erörterten Schwierigkeiten, die uns in der Mannigfaltigkeit der Sprachen und in der übergrossen Zahl der Quellen entgegentreten, liessen sich in einfachster Weise dadurch vermindern oder ganz beseitigen, dass die nach einem vereinbarten Plane abzufassenden casuistischen Beiträge entweder auf brieflichem Wege direkt an die Commission zu übermitteln wären oder nur in bestimmten, zu diesem Zwecke auserlesenen Organen Aufnahme finden dürften. Dieser letztere Modus verdient vielleicht den Vorzug, da er dem ärztlichen Publikum jederzeit die Einsichtnahme in den Fortgang des Unternehmens gestatten und dadurch das allgemeine Interesse für den Gegenstand in andauernderer Weise rege erhalten würde. Des leichteren Verständnisses wegen müssten die Beiträge in einer der drei modernen Cultursprachen, deutsch, englisch oder französisch abgefasst sein.



THESEN.

1. Bei der Behandlung der Epididymitis verdient die elastische Compression entschieden den Vorzug vor dem Fricke'schen Heftpflasterverband.
 2. Die Operationsübungen an Leichen sind von untergeordnetem Werthe, da in denselben die Blutstillung nicht geübt werden kann.
 3. Bei drohender oder eingetretener Hirnapoplexie ist es rationeller die vena jugularis externa als die vena mediana zu öffnen.
 4. Der Liquor ferri sesquichlorati sollte aus dem Arzneischatz ganz verbannt werden, da er mehr Unheil anstiftet als nützt.
 5. Die Jaeger'sche Normalkleidung verdient ihres vorzüglichen hygienischen Werthes die eingehendste Beachtung der Aerzte.
 6. Es würde sich aus praktischen Gründen sehr empfehlen, der lateinischen Sprache wieder die Stellung einer internationalen wissenschaftlichen Verkehrssprache unter den Medicinern einzuräumen.
-

THESE

Die These ist eine Abhandlung, die in der Regel von einem Studenten verfasst wird, um einen Grad zu erlangen. Sie enthält eine Untersuchung eines bestimmten Themas, das in der Regel von einem Professor oder einem anderen Fachmann vorgegeben wird. Die These ist eine wichtige Arbeit, die den Studenten ermöglicht, seine Kenntnisse und Fähigkeiten in einem bestimmten Bereich zu demonstrieren. Sie ist eine wichtige Voraussetzung für die Erlangung eines Grades und ist eine wichtige Arbeit, die den Studenten ermöglicht, seine Kenntnisse und Fähigkeiten in einem bestimmten Bereich zu demonstrieren.

Grosch, Joseph

Beitrag zur Statistik der Hüftgelenkresectionen unter antiseptischer
Wundbehandlung

Dorpat 1882

Diss.med. 108-48/55#Beibd.53

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11587545-5